

NR EWIDENCYJNY W KSIĘDZE ,	KARTA ZGŁOSZENIA POGRZEBU/ DOCHOWANIA		DATA
DANE OSOBY ZMARŁEJ/EKSHUMOWANEJ			
IMIĘ NAZWISKO WIEK			
NAZWISKO RODOWE			
DATA I MIEJSCE URODZENIA			
STAN CYWILNY			
OSTATNIE M-CE ZAMIESZKANIA			
IMIONA RODZICÓW			
DYSPONENT GROBU: ADRES, TEEFON			
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA DO OS.ZMARŁEJ			
DATA I MIEJSCE ZGONU			
NR AKTU ZGONU			
DATA POCHOWANIA			
DATA I GODZ. WYSTAWIENIA			
DOCHOWANIE			
EKSHUMACJA			
KWATERA	SEKTOR	RZĄD	MIEJSCE
FIRMA ZLECAJĄCA		ZARZĄDCA PRZYJMUJĄCY	
OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM/ŁAM SIĘ Z USTAWĄ Z DNIA 31 STYCZNIA 1959 O CMENTARZACH I CHOWANIU ZMARŁYCH(Dz. U. 1959 nr 11 poz. 62. Z PÓŹNIEJSZYMI ZMIANAMI) ZNAM OBOWIĄZUJĄCE PRZEPISY DOTYCZĄCE PRAWIDŁOWEGO WYKONYWANIA GROBU ZIEMNEGO, MUROWANEGO I PRZEPISY BHP DOTYCZĄCE PRAC ZIEMNYCH. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO ICH PRZESTRZEGANIA I PRAWIDŁOWEGO WYKONYWANIA PRAC A TAKŻE ZOSTAŁEM/ŁAM POINFORMOWANI O OBOWIĄZKU PRZYWRÓCENIA PORZĄDKU PO CZYNNOŚCIACH POGRZEBOWYCH I POINFORMOWANIU O ZAKOŃCZENIU PRAC ADMINISTRATORA CMENTARZY. PONOSZĘ PEŁNĄ PRAWNĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ NA WYKONANE USŁUGI. PRZY WYKONANIU EKSHUMACJI OŚWIADCZAM, ŻE ZNAM PRZEPISY DOTYCZĄCE WYKONYWANIA PRAWIDŁOWO EKSHUMACJI I PRZEPISY BHP DO KTÓRYCH BĘDĘ SIĘ STOSOWAŁ/ŁA. POSTĘPUJĘ ZGODNIE Z DECYZJĄ WYDANĄ PRZEZ PAŃSTWOWE STACJE SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNE. PONOSZĘ PEŁNĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA WYKONANE EKSHUMACJE. ZOSTAŁEM/ŁAM POINFORMOWANY/A O OBOWIĄZKU ZGŁOSZENIA DATY ROZPOCZĘCIA PRAC JAK I ZAKOŃCZENIA EKSHUMACJI ADMINISTRATOROWI CMENTARZA. W oparciu o obowiązujące przepisy dotyczące RODO w celu zapewnienia właściwej ochrony danych osobowych dysponenta miejsca , którego dane dotyczą informujemy, że Administratorem Pana/i danych osobowych czyli podmiotem decydującym o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych, jest: Przedsiębiorstwo Komunalne Szprotawia sp. z o.o. ul. Chrobrego 15, 67-300 Szprotawa			

