

.....
(miejscowość, data)

Pełnomocnictwo do reprezentacji

Ja,, o numerze PESEL
(imię i nazwisko)

legitymujący się dokumentem tożsamości, o nr
(nazwa dokumentu)

zamieszkały w przy ul.

ustanawiam Panią/a, z Zakładu Pogrzebowego
(imię i nazwisko)

..... zarejestrowanego w ewidencji działalności
gospodarczej
(nazwa podmiotu)

pod numerem....., moim pełnomocnikiem do załatwienia w
moim

imieniu wszelkich spraw formalno - prawnych związanych ze złożeniem do

Starosty Gryfińskiego wniosku o sprowadzenie z zagranicy zwłok/szczątków*

ludzkich zmarłego/ej
(imię i nazwisko)

Pełnomocnictwo niniejsze może być w każdej chwili odwołane.

.....
(podpis mocodawcy)

***niepotrzebne skreślić**

Administratorem danych osobowych Petentów jest Starosta Gryfiński. Dane osobowe są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w celu wykonania usługi oraz przez okres wynikający z odrębnych przepisów prawa. Podanie danych ma charakter dobrowolny jednak ich niepodanie może uniemożliwić poprawne wykonanie usługi. Petentowi przysługują prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania i poprawiania. Petent ma prawo do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania i wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego dla przetwarzania danych. W celu realizacji przysługujących Petentowi praw powinien się zgłosić do Starostwa Powiatowego w Gryfinie. Petent wyraża zgodę na otrzymywanie od Starostwa Powiatowego w Gryfinie informacji o statusie usługi dostępnymi kanałami komunikacji telefonicznej i elektronicznej