

.....  
(Nazwisko i imię upoważniającego)

.....dnia.....  
(Miejscowość)

Adres: .....

.....

Pesel .....

Numer telefonu .....

## UPOWAŻNIENIE

Niniejszym - jako osoba uprawniona do przeprowadzenia ekshumacji na podstawie art. 10 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych z 31 stycznia 1959 r. - w związku z powierzeniem jej wykonania upoważniam:

.....  
(nazwa wykonawcy, siedziba, NIP)

do załatwienia w moim imieniu i na mój koszt w Zarządzie Cmentarzy Komunalnych w Gdyni formalności związanych z ekshumacją.....

(nazwisko i imię osoby zmarłej – data zgonu)

Upoważnienie obejmuje umocowanie do:

1. ustalenia miejsca ekshumacji: cmentarz ....., oznaczenie grobu.....
2. ustalenia terminu ekshumacji: data ....., godzina.....
3. opłacenie w Zarządzie Cmentarzy Komunalnych należności zgodnie z obowiązującymi cennikami.

Oświadczam jednocześnie, że zapoznałem (-am) się z treścią obowiązujących na gdyńskich cmentarzach komunalnych regulaminów i cenników i je akceptuję.

Administratorem danych osobowych przetwarzanych w celu załatwienia formalności związanych z ekshumacją jest Dyrektor Zarządu Cmentarzy Komunalnych w Gdyni. Więcej informacji dotyczących przetwarzania danych w tym celu znajduje się w polityce prywatności dostępnej na stronie [www.zck.pl](http://www.zck.pl) oraz na tablicy informacyjnej w siedzibie ZCK w Gdyni, ul. Witomińska 76.

.....  
(podpis upoważniającego)

---

Niniejszym Wykonawca oświadcza, że przyjmuje upoważnienie i potwierdza, że zgodnie z obowiązującymi w Zarządzie Cmentarzy Komunalnych cennikami z niniejszą ekshumacją związane będą następujące opłaty:

- opłata funeralna związana z ekshumacją ..... zł, opłaty za nadzór .....zł..... zł
  - inne opłaty:.....zł ..... zł .....zł
- .....

**Łączna kwota opłat wyniesie: ..... zł**

Oświadczam jednocześnie, że zapoznałem (-am) się z treścią obowiązujących na gdyńskich cmentarzach komunalnych regulaminów i cenników i je akceptuję.

.....  
(podpis osoby reprezentującej Wykonawcę, pieczęć)

**CMENTARZ .....**  
**DATA EKSHUMACJI: .....**  
**GODZINA: .....**

## **ADNOTACJE ADMINISTRATORA**

**Miejsce ekshumacji.....**

(nazwa cmentarza)

**Termin ekshumacji.....godzina.....**

**Numer grobu.....ID.....**

**Rodzaj grobu.....**

**Inne dane dotyczące miejsca: .....**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**UWAGI: .....**

.....

**Numer faktury.....**

.....  
(podpis i pieczęć pracownika ZCK)