

ZEZWOLENIE NA WYKONANIE KREMACJI

Ja, PESEL

Legitymujący(a) się dowodem osobistym/paszportem
seria i numer dokumentu

Zamieszkały(a)
ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miasto, kraj

Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą Numer kontaktowy
np. mąż, żona, syn, córka, osoba obca

Oświadczam, że udzielam zezwolenia na kremację (spopielenie zwłok/szczątek) osoby zmarłej

Imię i nazwisko osoby zmarłej

Numer aktu zgonu

Data i miejsce urodzenia..... Data i miejsce zgonu.....

- Czy będę korzystał z Sali pożegnań TAK / NIE
- Obsługa krematorium ma zapewnić osobę duchowną/prowadzącą modlitwę TAK / NIE
- Data pogrzebu

Oświadczam, że:

Miałem/am możliwość **identyfikacji zwłok** i potwierdzam tożsamość osoby zmarłej wskazanej powyżej. Biorę pełną odpowiedzialność za prawidłowość dokonanej identyfikacji oraz oświadczam, że według mojej najlepszej wiedzy kremacja odbywa się za zgodą osób uprawnionych, a Zakład Pogrzebowy Hades i Krematorium w Koninie nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne sprzeciwy lub roszczenia zgłaszane przez członków rodziny bądź inne osoby trzecie po wykonaniu usługi kremacji.

Oświadczam, że ciało osoby zmarłej **nie posiada rozrusznika serca, defibrylatora, implantów elektronicznych ani innych przedmiotów mogących stwarzać zagrożenie podczas kremacji.**

W przypadku zatajenia, podania niepełnych lub nieprawdziwych informacji, przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność cywilną, materialną oraz prawną za wszelkie skutki wynikające ze złożenia nieprawidłowego oświadczenia.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku problemów technicznych takich jak **awaria pieca** termin i godzina kremacji mogą ulec zmianie, bez prawa do kierowania roszczeń.

W przypadku kremacji bez udziału rodziny lub przy odległym terminie pogrzebu wyrażam zgodę na **ustalenie terminu i godziny kremacji** przez Zakład Pogrzebowy Hades i Krematorium w Koninie

Upoważniony do odbioru urny z prochami, a także załatwienia wszelkich formalności związanych z procesem spopielenia jest Pan/Pani/Firma

.....
podpis i pieczęć firmy pogrzebowej

.....
miejscowość i data

.....
podpis osoby udzielającej zezwolenia

 **517 339 002**

 kontakt@krematoriumkonin.pl

HADES
M.Ł. Skórczylas

 **Krematorium i Zakład pogrzebowy**
Staromorzystawska, 62-510 Konin

 **Zakład pogrzebowy (Stary Konin)**
Kolska 67, 62-500 Konin