**PEŁNOMOCNICTWO**

Ja …………………………………………………………………..……………. niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym seria ..................... nr …………………………… wydanym przez …………………………………………….………………………… dnia ...................................... upoważniam Pana (ią) ……….......................................................................................................... zamieszkałego w .................................................................................................................................................. legitymującego się dowodem osobistym seria ......................... nr .................................................... wydanym przez...................................................................................................................................................................................

do działania w moim imieniu przed Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w Kwidzynie w sprawie ekshumacji zwłok/szczątków…………………………………………….ur……………………………………...……… zm………………….……………………..., w celu przeniesienia zwłok/szczątków z cmentarza …………………….……………………. na cmentarz ……………………………………………………………

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną wynikającą z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE obowiązującą w Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Kwidzynie

……………………………………………….

#  (data i czytelny podpis- imię i nazwisko)