



# Einverständniserklärung zur Beisetzung

-Friedhofsverwaltung Stadt Glinde-

Tel.: 040 / 710 02 342

E-Mail: [friedhof@glinde.de](mailto:friedhof@glinde.de)

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die / der am \_\_\_\_\_  
(Datum)

verstorbene \_\_\_\_\_,  
(Vor- & Nachname)

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_,

im Sarg / als Urne in meiner / unserer Grabstätte: Feld \_\_\_\_\_ / Nummer(n): \_\_\_\_\_,

auf dem Friedhof in Glinde beigesetzt wird.

### Nutzungsberechtigte\*r:

Vor- & Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Gemäß Datenschutzverordnung willige ich hiermit ein, dass meine oben aufgeführten Daten für Friedhofsinterne Zwecke erhoben, verarbeitet und gespeichert werden dürfen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Nutzungsberechtigte\*r