



Einverständniserklärung zur Beisetzung

-Friedhofsverwaltung Stadt Glinde-

Tel.: 040 / 710 02 342

E-Mail: 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