

BEGRAVNINGSFÖRMULÄR

Anmälan om begravning - Svedala församling

Begravningsbyrå ¹ _____

AVLIDEN

Tillhör Svenska kyrkan <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	
Namn	Avliden/datum
Personnummer	Församling
Bostadsadress	Postadress

NÄRMAST ANHÖRIG

Namn	Relation
Personnummer	Församling
Bostadsadress	Postadress
Telefonnummer	

KONTAKTPERSON (om någon mer utöver ovan nämnda)

Namn	Relation
Telefonnummer	

BEGRAVNING

Enligt Svenska kyrkan <input type="checkbox"/> Borgerlig <input type="checkbox"/> Annan konfession <input type="checkbox"/>	
Begravningsdatum	-dagen den _____ kl. _____ i _____ kyrka/lokal
Kremering <input type="checkbox"/>	► Minneslund <input type="checkbox"/> Urnlund <input type="checkbox"/> Askgravplats <input type="checkbox"/>
Jordbegravning <input type="checkbox"/>	
Svedala <input type="checkbox"/> Börringe <input type="checkbox"/> Törringe <input type="checkbox"/> V Kärrstorp <input type="checkbox"/> Annan plats <input type="checkbox"/> _____	
Kyrka/kapell/lokal	Präst/officiant
Musiker	Vaktmästare
Själaränging	- dagen den _____ kl. _____ i _____ kyrka
Tacksägelse	- dagen den _____ kl. _____ i _____ kyrka
Minnesstund	

GRAVPLATS / NYTTJANDERÄTTSSINNEHAVARE

Namn	Personnummer
Bostadsadress	Postadress
Telefonnummer	Kyrkogård / Gravplats

Denna bokning är gjord av _____ datum _____

¹ Om FONUS – anteckna kontor, kontaktperson och telefonnummer