

Avliden	För- och efternamn:
	Personnummer:
	Dödsdatum:

Beställare/ anhörig	För- och efternamn:	Personnummer:
	Adress:	Tel.:
	Mail:	Släktskap:

Gravsättning	Kyrkogård:	Plats:	Ny gravplats <input type="checkbox"/>	Spridning <input type="checkbox"/>
	Medgivande direktkremation * <input type="checkbox"/>		Medgivande minneslund * <input type="checkbox"/>	
	XL kista <input type="checkbox"/>	Implantat borttaget * <input type="checkbox"/>	Övrigt:	
	* Skall bifogas beställningen			

Ansvarig begravnings- byrå	Begravningsbyrå:	Mail:
	Kontaktperson:	Datum: