Stenbrohults församling

ANMÄLAN OM VIGSELGUDSTJÄNST

Kyrka/lokal: ……

Datum och tid:..……...

Namn: ……...

Personnummer: ……

Församling: ……..

Adress: …….

Telefon: ……

E-post:……...

Namn: ……..

Personnummer: ……

Församling: ……..

Adress: …….

Telefon: ……

E-post:…….

Fylls i av församlingen

Hindersprövning från Skatteverket i

…… giltig till…….

Övrigt:……

……

Blankett utskriven: …….. Signatur: ……