

Bestattungsamt

Wahlackerstrasse 25, Postfach 366  
3052 Zollikofen

## Bestattungswunsch

*Bitte reichen Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Formular bei oben stehender Adresse ein.*

**Name, Vorname** .....

**Adresse** .....

**PLZ/Wohnort** .....

**Geburtsdatum** .....

**Heimatort** .....

**Ich wünsche eine**

**und meine letzte Ruhestätte soll sein ein**

Erdbestattung

Sargreihengrab

Familiengrab (reserviertes Einzel- oder Doppelgrab)

Kremation

Urnenreihengrab

Urnennische (Böschung)

Urnennische (Wand, alte Anlage)

reserviertes Urnengrab

Gemeinschaftsgrab (Aschenbeisetzung) ohne Inschrift

Gemeinschaftsgrab (Aschenbeisetzung) mit Inschrift

anderer Ort (z.B. Asche verstreuen, bestehendes Grab, etc.)

.....

*Die gesetzliche Ruhedauer auf dem Friedhof Zollikofen beträgt bei Reihengräbern, Urnennischen sowie der Inschrift beim Gemeinschaftsgrab 20 Jahre; bei den reservierten Grabstellen 40 Jahre.*

**Bemerkungen (z.B. Kontakt-/Bezugsperson, Hinweis zu Trauerfeier, Versand von Todesanzeigen etc.)**

.....

.....

.....

Zollikofen ..... Unterschrift: .....