**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 (Einzel- oder Doppelgrab)

❑ Kremation ❑ Urnenreihengrab

❑ Urnennische (Böschung) belegt, nur in bestehende Nische

❑ Urnennische (Wand)

❑ Familienurnengrab

❑ Urnenhaingrab belegt, nur in bestehenden Urnenhain

❑ Blumengrab

❑ Gemeinschaftsgrab (Aschenbeisetzung) ohne Inschrift

❑ Gemeinschaftsgrab (Aschenbeisetzung) mit Inschrift

❑ Gemeinschaftsgrab Rasenfeld (Aschenbeisetzung) ohne Inschrift

❑ Gemeinschaftsgrab Rasenfeld (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 Familiengräbern 40 Jahre.*

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

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