**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: ……………………………………..