



*Til mine kære*



Byens Begravelser  
v/ Isabella Troldeberg

Jeg, undertegnede: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Cpr.nr.: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Fødesogn: \_\_\_\_\_ Kommune: \_\_\_\_\_

Jeg tillader obduktion: Ja:  Nej:

Jeg har testamenteret mit legeme til Medicinsk–Anatomisk Institut: Ja:  Nej:

Hvis ja, universitetets navn og adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Donor nr.: \_\_\_\_\_

Jeg har skrevet testamente: Ja:  Nej:

Hvis ja, advokatens navn og adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jeg er medlem af Den danske Folkekirke: Ja:  Nej:

Medlem af andet trossamfund: \_\_\_\_\_

Medlem af Sygeforsikringen "danmark", gruppe 1 eller 2: Ja:  Nej:

Medlem af fagforbund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anden begravelsesopsparring: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jeg ønsker at blive: Jordbegravet:  Kremeret:

Højtideligheden skal foregå i stilhed: Ja:  Nej:

Jeg har følgende ønsker for en højtidelighed:

Præst: \_\_\_\_\_

Kirke/kapel: \_\_\_\_\_

Kirkegård: \_\_\_\_\_

Type af gravsted: \_\_\_\_\_

Gravstedsejer: \_\_\_\_\_

Kiste: \_\_\_\_\_ Urne: \_\_\_\_\_

Blomster: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Salmer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Solosang- eller spil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mindesammenkomst: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ved min død, bedes henvendelse rettet til: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dato og underskrift:

\_\_\_\_\_



**Byens Begravelser**

Tlf. 66 11 42 00

Bemærkninger:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Byens Begravelser**  
v/ Isabella Troldeberg