Stadt Springe

-Friedhofsverwaltung-Zur Salzhaube 9 31832 Springe, Deister



Anmeldung eines Sterbefalles zur Urnenbeisetzung auf dem Waldfriedhof Sophienhöhe

Angaben zur/-m Verstorbenen	
Name:	evtl. Geburtsname:
Vorname:	
Wohnort:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Sterbetag:	Sterbeort:
Nächste Angehörige:	
Anschrift:	
Beisetzungsdaten	
Trauerfeier am:	Uhrzeit:
Beisetzung am:	Uhrzeit:
Benutzung der Friedhofskapelle in (Ort):	
	□ bis 30 Min. □ bis 10 Min.
Benutzung der Kühlung:	
□ bis zu 5 Tagen □ mehr als 5 Tage, nämlich Tage	
Grabstättendaten	
☐ Einzelwaldgrabstätte	
Quartier: Baum:	Richtung:
Nutzungszeit: 🗖 bis zu 99 Jahre 🗖	bis zu 49 Jahre 🗖 für 20 Jahre
☐ Familien-/Gemeinschaftsbaum	
Quartier: Baum:	Richtung:
Nutzungszeit: □ bis zu 99 Jahre □	bis zu 49 Jahre
(Ort Datum)	(Ctompol/Untersobrift Destatte assistation)
(Ort, Datum)	(Stempel/Unterschrift Bestattungsinstitut)
Friedhofsverwaltung Telefon:	Fax: Öffnungszeiten:

2 05041/73 - 302 Notdienst: 2 0172/5497131 **a** 05041/73 – 283

Dienstag - Freitag 08:00 - 12:00 Uhr

Antrag auf Verleihung des Nutzungsrechts

Hiermit beantrage ich das Nutzungsrecht für die umseitig genannte Einzel- bzw. Gemeinschafts- und Familiengrabstätte auf meinen Namen. Bei Umschreibung einer vorhandenen Einzel- bzw. Gemeinschafts- und Familiengrabstätte versichere ich, dass alle evtl. mitanspruchsberechtigten Angehörigen mit der Umschreibung auf meinen Namen einverstanden sind. (Ort, Datum) (Unterschrift) (Name und Anschrift des/r Antragstellers/in) Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen: ___ Kostenübernahmeerklärung Hiermit erkläre ich, dass ich die Kosten (Entgelte) für die Inanspruchnahme von Friedhofseinrichtungen und das Erbringen von Leistungen übernehme und hierüber eine Rechnung erhalte. Ich bin Schuldner im Sinne der Entgeltordnung zur Friedhofssatzung der Stadt Springe. (Ort, Datum) (Unterschrift)

(Name und Anschrift des/r Kostenschuldners/in)