

SLETNING AV GRAVSTED I FÆRDER KOMMUNE

Gravlagtes navn: _____

Gravplass: _____

Felt: _____

Jeg ønsker med dette å få graven(e) slettet.

Jeg bekrefter at det er jeg som er fester til dette gravstedet.

Jeg fjerner gravminnet selv

Jeg ønsker at driftspersonalet på gravplassen fjerner gravminnet kostnadsfritt
(Dette utføres i perioden 01.09 – 31.10)

Jeg er klar over at gravminnet og/ eller lignende innretning tilfaller gravplassen 6 mnd. etter signert sletting, dersom jeg ikke har fjernet dette selv. Jf Gravferdsloven § 18.

Dato/sted: _____

Navn: _____

Signatur: _____

Skjema sendes i retur til:

Gravplassmyndigheten i Færder kommune
v/ Færder kirkelige fellesråd
Postboks 133, Borgheim
3163 Nøtterøy

Eller på e-post: postmottak@faerder.kirken.no