

Ifylles av huvudmannen

Handläggare	Diarienummer
-------------	--------------

Till

Huvudmannen för begravningsverksamheten, namn och adress Nynäshamns församling Kyrkogårdsförvaltning Hamngatan 6 14931 Nynäshamn
--

Undertecknad/-e gravrättsinnehavare ger härmed fullmakt till:

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
E-postadress	Telefonnummer (även riktnummer)

*att ensam företräda mig/oss i alla frågor som rör gravplatsen med gravplatsbeteckningen
(begravningsplats, kvarter, gravplats)*

Fullmaktstagaren har dock inte rätt att överlåta eller återlämna gravrätten.

Gravrättsinnehavarens/-havarnas underskrift:

Namnteckning	Personnummer
Namnförtydligande	Ort och datum
Namnteckning	Personnummer
Namnförtydligande	Ort och datum
Namnteckning	Personnummer
Namnförtydligande	Ort och datum
Namnteckning	Personnummer
Namnförtydligande	Ort och datum

Dina personuppgifter kommer att behandlas i enlighet med personuppgiftslagens (1998:204) bestämmelser.