# Kontaktuppgifter för begravningsombud

Jag är begravningsombud i …………………………………………...kommun/kommuner

för följande församlingar/pastorat/samfälligheter:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

Uppgifter om dig:

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** |  |
| **Personnummer**Behövs om du ska kunna använda vår e-tjänst |  |
| **Utdelningsadress** |  |
| **Ort** |  |
| **E-post** |  |
| **Telefon hem** |  |
| **Telefon mobil** |  |

Ort och datum………………………………………………………………………

Namnteckning………………………………………………………………………

Namnförtydligande………………………………………………………………...