

Absender:

ANTRAG ZUR AUFLÖSUNG EINER GRABSTELLE

**Pfarramt St. Michael
Hafnerstraße. 3
94377 Steinach**

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Der/Die Unterzeichnende (Name/Vorname):

Adresse.....

PLZ/Ort

Telefon

ersucht als Ehegatte / Sohn / Tochter / Bruder / Schwester / bevollmächtigte Person
(bitte Zutreffendes unterstreichen)

die Friedhofverwaltung der Pfarrei Steinach um die Aufhebung des folgenden Grabes von

Grab Nr:

Name:

Name:

Vorname:

Vorname:

Geb.-Jahr:

Geb.-Jahr:

Todes-Jahr:

Todes-Jahr:

Grund der Aufhebung / Bemerkung

.....
.....

Die Aufhebung soll ☐ baldmöglichst erfolgen ☐ nach Ablauf der bezahlten Grabnutzung

Ich versichere hiermit, dass alle mitanspruchsberechtigten Angehörigen mit der Auflösung der Grabstelle einverstanden sind. Ich verpflichte mich, die Friedhofsverwaltung schadlos zu halten, falls Mitanspruchsberechtigte nicht einverstanden waren und berechnigte Ansprüche stellen.

Kommt der Unterzeichnende seiner Verpflichtung zur Räumung der Grabstelle nicht nach, übernimmt er die ihm genannten Kosten für die entstehenden Sonderarbeiten (Entfernen von Grabstein, Grabsteineinfassung und Wiederherstellen des Ursprungszustandes).

Ort/Datum: Unterschrift:

Ort/Datum: Unterschrift:

(weiterer Mitanspruchsberechtigter)

Der Antrag wird genehmigt.

Datum: Unterschrift/Stempel: