

Name:
Anschrift:

Telefon:

Gemeindeamt St. Leonhard am Forst
z. H. Grabverwaltung
Hauptplatz 1
3243 St. Leonhard am Forst

St. Leonhard am Forst,

Auflösen des Grabes

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich, _____, wohnhaft in _____,

möchte hiermit das Grab mit der Kto.Nr. _____ in St. Leonhard am Forst mit

Datum _____ auflösen, da _____.

Mit der Bitte um Kenntnisnahme verbleibe ich

mit freundlichen Grüßen

Unterschrift/en: