Stadtverwaltung Gera
Fachdienst Stadtgrün

OTTO-DIX-STADT GERA

07546 Gera, Friedhofstraße 10
Friedhofsverwaltung:
Telefon: Ostfriedhof 0365 83338-41, Außenfriedhöfe 0365 83338-42
Fax: 0365 83338-45 Mail: geraer.stadtgruen@gera.de

Name, Anschrift und Telefonnummer des Antragstellers:

Name: .....

Anschrift: .....

.....

Telefon: .....

vertreten durch beauftragtes Bestattungsunternehmen:

Datum/Unterschrift

Bestattungsantrag

(Rechtsgrundlage für die Inanspruchnahme von Leistungen der kommunalen Friedhöfe und des Krematoriums der Stadt Gera ist die jeweils gültige Friedhofssatzung, Gebührensatzung bzw. Preisliste des Krematoriums.)

Name und Vorname des Verstorbenen: .....

Geburtstag: .....*Todestag:* ..... *letzter Wohnsitz:* .....

Die Friedhofsverwaltung darf Auskunft über Bestattungsort und -zeit geben: **ja / nein**

Hoheitliche Leistungen nach Friedhofsgebührensatzung:		**Voranschlag*** **EUR**
Nutzung der Feierhalle	*(pro weitere beg. Nutzungszeit 50% Aufschlag)*	.....
Leistungspaket		.....
.....		
Abschiedsraum	*(pro weitere beg. Nutzungszeit 50% Aufschlag)*	.....
Aufbewahrung Verstorbener bis 5 Kalendertage (Grundgebühr)		.....
Aufbewahrung je weiteren angefangenen Kalendertag	..... *Tage à*	.....
Ausstellung einer Urnenanforderung für Fremdfriedhöfe o. Krematorien	....	.....
Urnenüberführung	*nach:*	.....
Sonstige Leistungen:		.....
.....	.....	.....

Bemerkungen:

Leistungen des Krematoriums entsprechend Preisliste (inkl. der jeweils gültigen Umsatzsteuer):		
Benutzung Leichenwaschraum		.....
Amtsärztliche Leichenschau (Auslage: Institut für Rechtsmedizin)		.....
Einäscherung		.....
Urnenversand Inland / Ausland	*nach:*	.....
Kühlzelle	.....*Tage à*	.....
Tiefkühlzelle	.....*Tage à*	.....
Sonstige Leistungen:		.....
.....		.....

Besonderheiten: .....

Mir ist bekannt, dass ich als Antragsteller die entstehenden Gebühren und Entgelte zu begleichen habe.

....

Geburtsdatum Antragsteller *Datum/Unterschrift Antragsteller*

** Es gilt die Gebührenhöhe gemäß Gebührensatzung zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung.*

Datum/Unterschrift Bearbeiter (Friedhofsverwaltung) .....