



3.1. Ich bin damit einverstanden, dass Teile meines Körpers als Dauerpräparate zu Unterrichtszwecken am Institut für Anatomie, über die Einäscherung der anderen Körperteile hinaus, verbleiben können.  
 JA  NEIN

4.1. Ich bin damit einverstanden, dass über den Zeitpunkt der Einäscherung der anderen Körperteile hinaus, Teile meines Körpers zu Darstellungszwecken an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (evt. einzurichtendes anatomisches Museum) oder für Ausstellungen (z.B. "Haus der Natur") verwendet werden dürfen.  
 JA  NEIN

5.1. Ich bestimme, dass die Aschenkapsel in der Gemeinschaftsgrabanlage des Institutes für Anatomie am Kommunalfriedhof Salzburg beigesetzt werden soll.  
 JA  NEIN

5.2. *Falls Punkt 5.1. mit NEIN beantwortet wurde:*  
Ich bestimme, dass die Aschenkapsel auf eigene Kosten auf einen anderen Friedhof überführt und dort beigesetzt werden soll:  
 Die Kontaktperson/GrabinhaberIn ist mit der in Punkt 1.1. genannten Person identisch.  
 Es handelt sich um eine andere Kontaktperson/GrabinhaberIn:  
Name / Geburtsdatum / Anschrift / Telefonnummer:

.....  
.....

6.1. Ich wünsche eine kirchliche, gemeinsame Feier, die in der Regel im Januar jeden Jahres in der Krankenhaus-Pfarrkirche St. Johannes durchgeführt wird.  
 JA  NEIN

6.2. *Falls Punkt 6.1. mit JA beantwortet wurde:*  
 Ich möchte, dass die in Punkt 1.1. genannte Person über den Zeitpunkt der Gedenkfeier informiert wird.  
 Ich möchte, dass die in Punkt 5.2. genannte Person über den Zeitpunkt der Gedenkfeier informiert wird.  
 Ich möchte, dass eine andere Person über den Zeitpunkt der Gedenkfeier informiert wird:  
Name / Geburtsdatum / Anschrift / Telefonnummer:

.....  
.....

**Nach meinem Ableben soll bitte sofort telefonisch verständigt werden\*:**

Städtische Bestattung, Gneiserstrasse 14a, A 5020 Salzburg  
Tel.: (++43) 0662 848524-0 (24-Stunden-Erreichbarkeit)

**\*Bitte geben Sie an, dass ein Vermächtnis für das Institut für Anatomie der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg vorliegt.**

Nachträgliche Änderungen an dieser letztwilligen Verfügung können nur schriftlich von mir selbst vorgenommen werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme des Informationsblattes für Vermächtnisgeber.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift