

טופס פרטי זיכרונים

אנא מלאו בהקפדה יתרה את הפרטים שלהלן:

1. פרטי המבקש

שם פרטי _____ שם משפחה _____
מס' טלפון נייד _____ מס' טלפון נוסף _____
כתובת : רחוב _____ מס' _____ עיר _____
דואר אלקטרוני: _____
הקרבה לנפטר/ת _____
← כמות זיכרונים להזמנה: _____ (מינימום 25)
כתובת למשלוח _____
שמעתי על זיכרונים ב: _____

2. פרטי הנפטר/ת

שמות הנפטר/ת _____, _____
שם המשפחה _____
שמות ההורים של הנפטר : אב: _____ אם: _____
תאריך ההולדת : לועזי _____ עברי: _____
תאריך הפטירה: לועזי _____ עברי: _____
תאריך האזכרה יחול השנה ב: _____
נוסח התפילה: ספרד / אשכנז / אחר: _____
מקום הקבורה: _____
בית עלמין: _____ גוש: _____ איזור: _____ שורה: _____ מקום: _____
הערות: _____

טלפון : 050-7666992 פקס : 03-7255897 מייל: info@zichronim.co.il

www.zichronim.co.il