**TESTAMENT**

Jeg [navn, fødselsnummer], erklærer herved som min siste vilje at det jeg etterlater meg ved min død skal fordeles på følgende måte:

[SKRIV HVORDAN DU VIL FORDELE DIN ARV HER]

*[Følg råd fra Det gode testament eller kontakt oss for råd]*

Etter at det er trukket fra for nødvendige skifteomkostninger, utgifter til arveoppgjøret, bisettelse, minnestund og stell av graven i 20 år, skal min resterende formue og mine eiendeler realiseres på best mulig måte, og den gjenstående verdien skal tilfalle:

* Barnekreftforeningen i Norge (The Norwegian Childhood Cancer Asociation), org nr 985 550 999, Tollbugate 35, 0157 Oslo, 4. etasje, Norge.

 \*\*\*\*\*

Dette testamentet erstatter eventuelle tidligere testamenter.

[Sted], [dato]

[Underskrift]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Testators navn]

Undertegnede vitner er myndige og er kjent med at dette dokumentet er et testament. Vi er godtatt av testator som testamentsvitner, og undertegner etter testators eget ønske. Ved vår signatur bekrefter vi som vitner at testator undertegnet dette dokumentet mens testator selv var til stede. Vitnene bekrefter samtidig at testator var ved sans og samling, og at testamentet er gjort av fri vilje.

**Vitne 1 Vitne 2**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Navn: Navn:
Yrke: Yrke:
Fødselsdato: Fødselsdato:
Adresse: Adresse: