

Kalwaria Zebrzydowska,

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(seria i numer dowodu osobistego)

.....
(organ wydający i data wydania dowodu)

PODANIE

Proszę o wydanie odpisu skróconego/zupełnego/wielojęzycznego **aktu zgonu**

Imię i nazwisko osoby zmarłej

zmarłej w dniu w

dane rodziców osoby zmarłej

Cel uzyskania odpisu

Uprawnieni do otrzymania dokumentu: osoba zgłaszająca zgon, ojciec, matka, brat, siostra, mąż, żona, syn, córka, dziadek, babka, wnuk.

Opłata skarbową:

22 zł odpis skrócony

33 zł odpis zupełny

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór odpisu aktu zgonu nr

.....
data i czytelny podpis osoby odbierającej