

Kalwaria Zebrzydowska,

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

Tel.....

PODANIE

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

Imię i nazwisko osoby zmarłej

PESEL:.....

Zmarłej w dniu w

Nazwisko rodowe matki osoby zmarłej.....

Cel uzyskania odpisu

Uprawnieni do otrzymania dokumentu: 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

*właściwe zakreślić