

WZÓR

Nazwa podmiotu leczniczego przekazującego kartę

.....

Adres

.....

Tel., faks

.....

NIP, REGON

Karta martwego urodzenia

1. **Zaświadcza się, że**
imię (imiona)
-
nazwisko nazwisko rodowe
2. **Urodzona: rok** **m-c** **dzień** **w**
-
Numer PESEL*
3. **Urodziła w roku:** **m-c** **dniu** **godz.** **min**
4. **Miejsce urodzenia**
5. **Płeć:** męska żeńska
6. **Zgon nastąpił:** przed porodem
 w czasie porodu
 nie ustalono
7. **Przyczyna zgonu:**
(jeżeli została stwierdzona)

miejsowość, data

podpis osoby upoważnionej

* W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.