

Nr aktu

Konstantynów Łódzki, dnia.....

WNIOSEK O WYDANIE ODPISU AKTU ZGONU *skrócony zupełny

Nazwisko i imię osoby zmarłej

Data zgonu

Miejsce zgonu /miejscowość/

Imię i nazwisko rodowe współmałżonka

Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy ze zmarłym

Cel pobrania odpisu

Dane składającego wniosek.....

imię i nazwisko, adres zamieszkania

Stopień pokrewieństwa wobec osoby, której akt dotyczy

Dane odbierającego

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
nr dowodu osobistego

Nr wpłatyz dnia.....

*właściwe zaznaczyć