

WZÓR

Oznaczenie podmiotu
wykonującego działalność leczniczą

.....

Karta martwego urodzenia

I. Dane matki dziecka:

1. Nazwisko.....
2. Imię (imiona)
3. Nazwisko rodowe
4. Data urodzenia (dd-mm-rrrr)
5. Miejsce urodzenia
6. Numer PESEL¹⁾

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

II. Miejsce, data i godzina urodzenia dziecka:

D	D	M	M	R	R	R	R		G	G	M	M	W
---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---------

III. Płeć dziecka: męska żeńska

Dokument wystawiony dla dziecka, które urodziło się martwe.

Pouczenie:

Karta martwego urodzenia jest przekazywana kierownikowi urzędu stanu cywilnego w terminie jednego dnia od dnia jej sporządzenia na piśmie utrwalonym w postaci elektronicznej, opatrzonym kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem osobistym.

¹⁾ Numer PESEL wpisuje się, jeżeli został nadany.