

Wzór

Nazwa podmiotu leczniczego przekazującego kartę

.....
Adres.....
Tel., fax......
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