

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)

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis osoby upoważnionej

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