

Koszalin, dnia.....

Pełnomocnictwo

.....
(nazwisko i imię osoby udzielającej pełnomocnictwa oraz jej stopień pokrewieństwa wobec osoby zmarłej)

.....
(nazwisko i imię oraz adres przedstawiciela pełnomocnika, uprawnionego do załatwienia formalności związanych ze sporządzeniem aktu zgonu i odbiorem skróconych odpisów w urzędzie stanu cywilnego)

Czas i miejsce zgonu/znalezienia zwłok/

Data zgonu.....

Godzina zgonu.....

Miejsce zgonu.....

Data znalezienia zwłok.....

Godzina znalezienia zwłok.....

Miejsce znalezienia zwłok.....

Dane osoby zmarłej

Imię pierwsze.....

Imię drugie.....

Nazwisko.....

Nazwisko rodowe.....

Stan cywilny.....

Data urodzenia.....

Miejsce urodzenia.....

Obywatelstwo.....

Nr PESEL.....

Wykształcenie.....

Rodzice osoby zmarłej

Ojciec

matka

Imię/Imiona/

Nazwisko

Nazwisko rodowe

Dane rodziców uzupełniane w przypadku zgonu dziecka poniżej roku życia

Rok zawarcia związku małżeńskiego.....

Data urodzenia matki.....

Małżonek osoby zmarłej, jeżeli w chwili śmierci osoba pozostawała w związku małżeńskim

Imię/Imiona.....

Nazwisko.....

Nazwisko rodowe.....

Nr PESEL.....

Proszę o wydanie bezpłatnych odpisów skróconych aktu zgonu oraz egzemplarzy dodatkowych.

.....
(czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa)

Akt: 1 odpis zwolniony od opłaty skarbowej, opłata skarbowa za skrócony odpis aktu zgonu 22zł, za pełnomocnictwo 17zł. Ustawa z dnia 16.11.2006r. o opłacie skarbowej (Dz.U.Z 2014r. poz 1628 z późn. zm.).

Koszalin, dnia.....

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres)

Urząd Stanu Cywilnego

W

Zwracam się z prośbą o wydanie odpisu skróconego aktu zgonu:

.....
(nazwisko i imię osoby zmarłej)

.....
(data zgonu)

Stopień pokrewieństwa.....

Dokument potrzebny jest docelem uzyskania zasiłku pogrzebowego po zmarłym

.....
(podpis)