

SC-IV.5362.
Poznań, dnia

IMIĘ I NAZWISKO.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

.....

ADRES DO KORESPONDENCJI*.....

.....

**Jeżeli jest inny niż adres zamieszkania.*

TELEFON KONTAKTOWY I/LUB E-MAIL *.....

.....

**Podanie numeru i/lub adresu e-mail nie jest obowiązkowe, ale ułatwi kontakt w sprawie wydania odpisu.*

WNIOSEK O WYDANIE ODPISU SKRÓCONEGO AKTU ZGONU:

.....
Imię i nazwisko osoby, której dotyczy akt

.....
Data i miejsce zgonu

.....
PESEL osoby/osób, której/których dotyczy akt, jeżeli PESEL nie jest znany inne dane identyfikujące osobę

.....
Dokument dotyczy (właściwe podkreślić): mojej osoby, współmałżonka, ojca/matki, córki/syna, brata/siostry,
wnuka/wnuczki, dziadka/babci, osoby obcej.....

.....
.....
Dokument nie podlega opłacie skarbowej. Dokument wydawany jest w celu przedłożenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w celu wypłaty zasiłku pogrzebowego.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy- imię i nazwisko)

Dnia odebrałem/am

.....egz. odpisu skróconego

Nr aktu: 3064011/00/AZ//.....

Termin odbioru

.....
(czytelny podpis odbiorcy - imię i nazwisko)

PEŁNOMOCNICTWO

Ja niżej podpisany/a rodowe.....
(imię i nazwisko osoby upoważniającej)

zamieszkały/a

legitymujący/a się dowodem osobistym / paszportem seria nr
wydanym przez

UPOWAŻNIAM

Pana/Panią
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

pracownika zakładu pogrzebowego
(pieczęć zakładu pogrzebowego)

zamieszkałego/a

legitymującego/cą się dowodem osobistym / paszportem seria nr.....
wydanym przez.....

do złożenia wniosku i odbioru odpisu skróconego aktu zgonu w celu przedłożenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, do wypłaty zasiłku pogrzebowego.

.....
(imię i nazwisko osoby, której dotyczy akt)

- jest to dla mnie

.....
(stopień pokrewieństwa osoby upoważniającej do osoby, której dotyczy akt)

.....
.....
miejsowość i data

(czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa – imię i nazwisko)