Załącznik nr 2

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 PESEL[1)]

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.