


NUMER SPRAWY	TERMIN REALIZACJI	URZĄD STANU CYWILNEGO W DĄBROWIE GÓRNICZEJ	
--------------	-------------------	---	---

WNIOSEK O WYDANIE ODPISU AKTU STANU CYWILNEGO

NALEŻY WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI, WŁAŚCIWE POLE ZAZNACZYĆ ✕

DĄBROWA GÓRNICZA, DNIA - -

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

IMIĘ

NAZWISKO

ADRES ZAMIESZKANIA: ULICA

NR DOMU

NR LOKALU

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

NUMER TELEFONU

1. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY AKT

PESEL

IMIĘ

NAZWISKO

NAZWISKO RODOWE

DATA ZDARZENIA (URODZENIA, MAŁŻEŃSTWA, ZGONU)

MIEJSCE ZDARZENIA (MIEJSCOWOŚĆ)

DANE WSPÓŁMAŁŻONKA, W PRZYPADKU AKTU MAŁŻEŃSTWA

IMIĘ

NAZWISKO RODOWE

2. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY AKT

<div></div>																<div></div>															
PESEL																IMIĘ															
<div></div>																<div></div>															
NAZWISKO																NAZWISKO RODOWE															
<div></div> - <div></div> - <div></div>								<div></div>																							
DATA ZDARZENIA (URODZENIA, MAŁŻEŃSTWA, ZGONU)								MIEJSCE ZDARZENIA (MIEJSCOWOŚĆ)																							
DANE WSPÓŁMAŁŻONKA, W PRZYPADKU AKTU MAŁŻEŃSTWA																															
<div></div>																<div></div>															
IMIĘ																NAZWISKO RODOWE															
RODZAJ ODPISU AKTU		AKT DOTYCZY														ODPIS JEST PRZEZNACZONY DO CELÓW															
<div><input type="checkbox"/> URODZENIA</div> <div><input type="checkbox"/> MAŁŻEŃSTWA</div> <div><input type="checkbox"/> ZGONU</div>		<div><input type="checkbox"/> MOJEJ OSOBY</div> <div><input type="checkbox"/> CÓRKI/SYNA</div> <div><input type="checkbox"/> MATKI/OJCA</div> <div><input type="checkbox"/> SIOSTRY/BRATA</div> <div><input type="checkbox"/> WSPÓŁMAŁŻONKI/A</div> <div><input type="checkbox"/> BABCI/DZIADKA</div> <div><input type="checkbox"/> WNUCZKI/WNUKA</div> <div><input type="checkbox"/> INNEJ OSOBY – PEŁNOMOCNICTWO/ INTERES PRAWNY</div>														<div><input type="checkbox"/> SPADKOWYCH</div> <div><input type="checkbox"/> ZUS</div> <div><input type="checkbox"/> ŚWIADCZENIA SOCJALNEGO</div> <div><input type="checkbox"/> INNY CEL (JAKI?) _____</div> <div><input type="checkbox"/> ZATRUDNIENIA</div> <div><input type="checkbox"/> EDUKACYJNYCH</div> <div><input type="checkbox"/> ALIMENTACYJNYCH</div> <div><input type="checkbox"/> ROZWODOWYCH</div>															
<div><input type="checkbox"/> SKRÓCONY</div> <div><input type="checkbox"/> ZUPEŁNY</div> <div><input type="checkbox"/> WIELOJĘZyczny</div>																															

3. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY AKT

<div></div>																<div></div>															
PESEL																IMIĘ															
<div></div>																<div></div>															
NAZWISKO																NAZWISKO RODOWE															
<div></div> - <div></div> - <div></div>								<div></div>																							
DATA ZDARZENIA (URODZENIA, MAŁŻEŃSTWA, ZGONU)								MIEJSCE ZDARZENIA (MIEJSCOWOŚĆ)																							
DANE WSPÓŁMAŁŻONKA, W PRZYPADKU AKTU MAŁŻEŃSTWA																															
<div></div>																<div></div>															
IMIĘ																NAZWISKO RODOWE															
RODZAJ ODPISU AKTU		AKT DOTYCZY														ODPIS JEST PRZEZNACZONY DO CELÓW															
<div><input type="checkbox"/> URODZENIA</div> <div><input type="checkbox"/> MAŁŻEŃSTWA</div> <div><input type="checkbox"/> ZGONU</div>		<div><input type="checkbox"/> MOJEJ OSOBY</div> <div><input type="checkbox"/> CÓRKI/SYNA</div> <div><input type="checkbox"/> MATKI/OJCA</div> <div><input type="checkbox"/> SIOSTRY/BRATA</div> <div><input type="checkbox"/> WSPÓŁMAŁŻONKI/A</div> <div><input type="checkbox"/> BABCI/DZIADKA</div> <div><input type="checkbox"/> WNUCZKI/WNUKA</div> <div><input type="checkbox"/> INNEJ OSOBY – PEŁNOMOCNICTWO/ INTERES PRAWNY</div>														<div><input type="checkbox"/> SPADKOWYCH</div> <div><input type="checkbox"/> ZUS</div> <div><input type="checkbox"/> ŚWIADCZENIA SOCJALNEGO</div> <div><input type="checkbox"/> INNY CEL (JAKI?) _____</div> <div><input type="checkbox"/> ZATRUDNIENIA</div> <div><input type="checkbox"/> EDUKACYJNYCH</div> <div><input type="checkbox"/> ALIMENTACYJNYCH</div> <div><input type="checkbox"/> ROZWODOWYCH</div>															
<div><input type="checkbox"/> SKRÓCONY</div> <div><input type="checkbox"/> ZUPEŁNY</div> <div><input type="checkbox"/> WIELOJĘZyczny</div>																															

ZAŁĄCZNIKI

☐ PEŁNOMOCNICTWO☐ DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY INTERES PRAWNY

PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

DATA ODBIORU I PODPIS OSOBY ODBIERAJĄCEJ ODPIS

OPŁATA SKARBOWA:

22,00 ZŁ (DWADZIEŚCIA DWA) – ODPIS SKRÓCONY

33,00 ZŁ (TRZYDZIEŚCI TRZY) – ODPIS ZUPEŁNY

39,00 ZŁ (TRZYDZIEŚCI DZIEWIĘĆ) – ODPIS ZUPEŁNY WYDANY W WYNIKU PRZENIESIENIA DO REJESTRU WYPISU Z KSIĄG STANU CYWILNEGO PROWADZONYCH PRZED DNIEM 01.01.1946 R.

GETIN NOBLE BANK S.A. O/BĘDZIN NR KONTA 83 1560 1010 0000 9480 0000 1112