

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

<input type="text"/>														<input type="text"/>													
PESEL														IMIĘ													
<input type="text"/>														<input type="text"/>													
NAZWISKO														NAZWISKO RODOWE													
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>														<input type="text"/>													
DATA ZDARZENIA (URODZENIA, MAŁŻEŃSTWA, ZGONU)														MIEJSCE ZDARZENIA (MIEJSCOWOŚĆ)													
DANE WSPÓŁMAŁŻONKA, W PRZYPADKU AKTU MAŁŻEŃSTWA																											
<input type="text"/>														<input type="text"/>													
IMIĘ														NAZWISKO RODOWE													

RODZAJ ODPISU AKTU	AKT DOTYCZY	ODPIS JEST PRZEZNACZONY DO CELÓW
<input type="checkbox"/> URODZENIA <input type="checkbox"/> MAŁŻEŃSTWA <input type="checkbox"/> ZGONU	<input type="checkbox"/> MOJEJ OSOBY <input type="checkbox"/> CÓRKI/SYNA <input type="checkbox"/> MATKI/OJCA <input type="checkbox"/> SIOSTRY/BRATA	<input type="checkbox"/> WSPÓŁMAŁŻONKI/A <input type="checkbox"/> BABCI/DZIADKA <input type="checkbox"/> WNUCZKI/WNUKA <input type="checkbox"/> INNEJ OSOBY – PEŁNOMOCNICTWO/ INTERES PRAWNY
<input type="checkbox"/> SKRÓCONY <input type="checkbox"/> ZUPEŁNY <input type="checkbox"/> WIELOJĘZYCZNY		<input type="checkbox"/> SPADKOWYCH <input type="checkbox"/> ZUS <input type="checkbox"/> ŚWIADCZENIA SOCJALNEGO <input type="checkbox"/> INNY CEL (JAKI?) <input type="checkbox"/> ZATRUDNIENIA <input type="checkbox"/> EDUKACYJNYCH <input type="checkbox"/> ALIMENTACYJNYCH <input type="checkbox"/> ROZWODOWYCH

3. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY AKT

<input type="text"/>														<input type="text"/>													
PESEL														IMIĘ													
<input type="text"/>														<input type="text"/>													
NAZWISKO														NAZWISKO RODOWE													
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>														<input type="text"/>													
DATA ZDARZENIA (URODZENIA, MAŁŻEŃSTWA, ZGONU)														MIEJSCE ZDARZENIA (MIEJSCOWOŚĆ)													
DANE WSPÓŁMAŁŻONKA, W PRZYPADKU AKTU MAŁŻEŃSTWA																											
<input type="text"/>														<input type="text"/>													
IMIĘ														NAZWISKO RODOWE													

RODZAJ ODPISU AKTU	AKT DOTYCZY	ODPIS JEST PRZEZNACZONY DO CELÓW
<input type="checkbox"/> URODZENIA <input type="checkbox"/> MAŁŻEŃSTWA <input type="checkbox"/> ZGONU	<input type="checkbox"/> MOJEJ OSOBY <input type="checkbox"/> CÓRKI/SYNA <input type="checkbox"/> MATKI/OJCA <input type="checkbox"/> SIOSTRY/BRATA	<input type="checkbox"/> WSPÓŁMAŁŻONKI/A <input type="checkbox"/> BABCI/DZIADKA <input type="checkbox"/> WNUCZKI/WNUKA <input type="checkbox"/> INNEJ OSOBY – PEŁNOMOCNICTWO/ INTERES PRAWNY
<input type="checkbox"/> SKRÓCONY <input type="checkbox"/> ZUPEŁNY <input type="checkbox"/> WIELOJĘZYCZNY		<input type="checkbox"/> SPADKOWYCH <input type="checkbox"/> ZUS <input type="checkbox"/> ŚWIADCZENIA SOCJALNEGO <input type="checkbox"/> INNY CEL (JAKI?) <input type="checkbox"/> ZATRUDNIENIA <input type="checkbox"/> EDUKACYJNYCH <input type="checkbox"/> ALIMENTACYJNYCH <input type="checkbox"/> ROZWODOWYCH

ZAŁĄCZNIKI	<input type="checkbox"/> PEŁNOMOCNICTWO	<input type="checkbox"/> DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY INTERES PRAWNY
	<input type="checkbox"/> OPŁATA	<input type="checkbox"/> INNE

PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK	DATA ODBIORU I PODPIS OSOBY ODBIERAJĄCEJ ODPIS
<input type="text"/>	<input type="text"/>

OPŁATA SKARBOWA: 22,00 zł – ODPIS SKRÓCONY; 33,00 zł – ODPIS ZUPEŁNY; 39,00 zł (– 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