

.....
data i miejscowość

**Zaświadczenie o martwym urodzeniu
(bez względu na czas trwania ciąży)**

1. Dane matki dziecka:

Imię (imiona).....
Nazwisko.....
Nr PESEL.....

2. Data i miejsce urodzenia dziecka.....

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej*

* lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii (lub w trakcie specjalizacji) lub położna