**Załącznik nr 2** do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2015 r.

Nazwa podmiotu leczniczego przekazującego kartę

.....
Adres

.....
Tel., fax

.....
NIP, REGON

# KARTA MARTWEGO URODZENIA

**1. Zaświadcza się, że** .....
imię / imiona

.....
nazwisko

.....
nazwisko rodowe

**2. Urodzona: rok** ..... **m-c** ..... **dzień** ..... **w** .....

.....
numer PESEL*

**3. Urodziła w roku** ..... **m-c** ..... **dzień** ..... **godz.** ..... **min.** .....

**4. Miejsce urodzenia** .....

**5. Płeć:** ☐ męska ☐ żeńska

**6. Zgon nastąpił:** ☐ przed porodem
☐ w czasie porodu
☐ nie ustalono

**7. Przyczyna zgonu:** .....
(jeśli została stwierdzona)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby upoważnionej)

---

* w przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl