

## 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<sup>1)</sup>

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

#### 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.

---

<sup>1)</sup> Numer PESEL wpisuje się, jeżeli został nadany.