

Murów, dnia.....

.....
/ imię i nazwisko /

.....
/ adres zamieszkania /

**KIEROWNIK
URZĘDU STANU CYWILNEGO
w MUROWIE**

Proszę o wydanie odpisu skróconego, zupełnego lub wielojęzycznego aktu:

- urodzenia / nazwisko i imię, data i miejsce urodzenia /

..... egz.
..... egz.
..... egz.

- małżeństwa / nazwisko i imię, data i miejsce zawarcia małżeństwa /

..... egz.
..... egz.
..... egz.

- zgonu / nazwisko i imię, data i miejsce zgonu /

..... egz.
..... egz.
..... egz.

Dokument potrzebny jest do

Stosunek pokrewieństwa osoby, której akt dotyczy

Urząd Gminy Murów

46-030 Murów

ul. Dworcowa 2

Konto Bankowe : BS Łubniany

48 8897 0004 2001 0006 0163 0002

.....
/ czytelny podpis wnioskodawcy /

Dokument wydano dnia

Podpis osoby wydającej dokument

.....