

Załącznik do umowy dotyczącej świadczenia usług stwierdzenia zgonu
na terenie Miasta Świętochłowice

FORMULARZ DOTYCZĄCY ZGONU

Imię i nazwisko zmarłego:.....

Miejsce zamieszkania zmarłego:.....

Miejsce zgonu:.....

Data i godzina oględzin:.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza stwierdzającego zgon

Imię i nazwisko funkcjonariusza Policji/Straży Miejskiej uczestniczącego
w czynnościach na miejscu zdarzenia:.....

Nr legitymacji służbowej:.....

Oświadczam, że pomimo podjętych czynności służbowych nie można było ustalić
lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza leczącego zmarłego w jego ostatniej
chorobie, a zgon nie został stwierdzony przez lekarza wezwanego do nieszczęśliwego
wypadku lub nagłego zachorowania.

.....
Podpis funkcjonariusza Policji/Straży Miejskiej