

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका,पिंपरी - ४११ ०१८.

वैद्यकीय विभाग

प्रति,

उपनिबंधक, जन्म- मृत्यू नोंदणी,

दिनांक :-

.....दवाखाना/रूग्णालय

क्रमांक :-

विषय : मृत्यू नोंदणीचा दाखला मिळणेबाबत...

अर्जदाराचे संपूर्ण नांव :-

अर्जदाराचा पत्ता :-

(जवळच्या खुणेसह)

दुरध्वनी (घरचा) :- मोबाईल क्र.....

आधार कार्ड नंबर :- पॅन कार्ड नंबर :-

महोदय,

कारणे विनंती अर्ज करतो/ करते की माझे नातेवाईक, नांव
नाते..... यांचा मृत्यू दि. रोजीयेथे
घरी /.....या दवाखान्यात/ रूग्णालयात झाला आहे. त्याची नोंद आपल्या
कार्यालयात झाली आहे. तरी मला त्याच्या/तिच्या मृत्यू नोंदणी दाखल्याच्या प्रति मिळाव्यात, ही
नम्र विनंती.

सदर दाखला मिळण्यास कामकाजाचे किमान ३ दिवस लागतील याची मला जाणीव आहे. मयताचा
तपशील खालीलप्रमाणे:

१) मयताचे संपूर्ण नांव :आधार क्र.: (असल्यास)

Full Name of Deceased:.....Aadhaar No.....

२) मृत्यू दिनांक :नोंदणी क्र..... नोंदणी दिनांक

Date of Death : Reg. No..... Date of Reg.

३) वडिलांचे नांव :

Name of Father :

४) आईचे नांव :

Name of Mother :

५) अ) मयत व्यक्तीचा मृत्यू समयीचा पत्ता:

Address of the deceased at the time of death :

ब) मयत व्यक्तीचा कायमचा पत्ता :

Permanent Address of the deceased :

आपला विश्वासू,

अर्जदाराची सही/ डाव्या हाताचा अंगठा

संपूर्ण नांव :

(टीप: दोन्ही भाषेत अर्ज भरणे आवश्यक) (Write in BLOCK LETTERS)