

.....  
(nazwisko i imię wnioskodawcy)

.....  
(adres do korespondencji)

.....

## WNIOSEK O WYDANIE ODPISU AKTU MAŁŻEŃSTWA

Proszę o wydanie .....egzemplarza/y odpisu aktu :

- skróconego**                                       **zupelnego**                                       **wielojęzycznego**

Imię/imiona i nazwiska rodowe mężczyzny \_\_\_\_\_

Imię/imiona i nazwiska rodowe kobiety \_\_\_\_\_

data zawarcia małżeństwa \_\_\_\_\_

miejsce zawarcia małżeństwa \_\_\_\_\_

### Odpis dotyczy :

- |   |  |                                  |                                  |
|---|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mojej osoby      | <input type="checkbox"/> współmałżonka | <input type="checkbox"/> siostry | <input type="checkbox"/> brata   |
| <input type="checkbox"/> matki            | <input type="checkbox"/> ojca          | <input type="checkbox"/> córki   | <input type="checkbox"/> syna    |
| <input type="checkbox"/> babci            | <input type="checkbox"/> dziadka       | <input type="checkbox"/> wnuka   | <input type="checkbox"/> wnuczki |
| <input type="checkbox"/> innej osoby..... |  |                                  |                                  |

### Odpis pobieram w celach :

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> emerytalnych/ rentowych   | <input type="checkbox"/> zatrudnienia  | <input type="checkbox"/> rozvodu                         |
| <input type="checkbox"/> świadczeń socjalnych      | <input type="checkbox"/> szkolnictwa   | <input type="checkbox"/> spadkowych                      |
| <input type="checkbox"/> ubezpieczenia zdrowotnego | <input type="checkbox"/> paszportowych | <input type="checkbox"/> do PZU (lub innego towarzystwa) |
| <input type="checkbox"/> alimentacyjnych           | <input type="checkbox"/> majątkowych   | <input type="checkbox"/> inne cele :.....                |

### SPOSÓB ODBIORU:

*Właściwe zaznaczyć:*

- Osobiście  
 Korespondencyjnie  
 Drogą elektroniczną (ePUAP)  
 Przez inną osobę (pełnomocnictwo)

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy/pełnomocnika

odpis odebrałem/am

.....  
(data i podpis)