



નીચેની વિગતો સુવાચ્ય તથા સ્પષ્ટ અક્ષરોમાં અરજદારે ભરવી

નોંધણી ક્રમાંક :-

નોંધણીની તારીખ :-



મે. રજીસ્ટ્રાર અને આરોગ્ય અધિકારીશ્રી,
સુરત મહાનગરપાલિકા, સુરત

સવિનય જણાવવાનું કે, મારે નીચે જણાવેલ વિગતના મરણ દાખલાની ૨ નકલ જરૂર છે. જે દ્વારા મુજબની ફી લઈ કાટી આપવા વિનંતી.

(૧) મરનારનું નામ :- સમજુબેન ગૌરધનભાઈ પટેલ

Name of Deceased :- SAMAJUBEN GAURADHANBHAI PATEL

(૨) મરણ તારીખ / Date of Death :- ૨૫-૦૪-૨૦૨૫

(૩) મરનારની જાતિ / Sex of The Deceased :- પુરુષ / Male સ્ત્રી / Female અન્ય / Transgender

(૪) મરનારના પિતા / પતિનું પુરુષનામ :- ગૌરધનભાઈ પટેલ

Full Name of Deceased's Father / Husband :- GAURADHANBHAI PATEL

(૫) મરનારના માતાનું નામ :-

Name of Deceased's Mother :-

(૬) મરણ સ્થળ / Place of Death :- ઘરે / Home હોસ્પિટલ / Hospital અન્ય / Other

હોસ્પિટલનું નામ :- સ્ટાર હોસ્પિટલ. Name of Hospital :- STAR HOS.

મરણ સ્થળનું સરનામું :- સરકારનગર, ગાંધીરોડ સુરત.

Address & Death Place :- SARKARNAGAR, GANDHIROAD SURAT.

(૭) મરનારનું કાયમી સરનામું :- ૫૬, જયનગર સુરત.

Permanent Address of Deceased :- 56, JAYNAGAR SURAT

(૮) અરજદારનો મરનાર સાથે સંબંધ :- પૌત્ર

Applicant's Relation with Deceased :- GRANDSON

અરજદારનું પુરું નામ / Full Name of Applicant :- વિજય પટેલ

અરજદારની સહી  મોબાઈલ નંબર :- ૯૧૧૧૧ - ૯૧૧૧૧

નોંધ :-

૧) પ્રમાણપત્ર ગુજરાતી અને અંગ્રેજી ભાષામાં આપવાનું હોવાથી અંગ્રેજી વિગત કેપીટલ અક્ષરોમાં ભરવી.

૨) અધુરી તથા અસ્પષ્ટ માહિતી આપી હશે તો પ્રમાણપત્ર મળશે નહીં.

૩) સુરત મહાનગરપાલિકાના દફતરે નોંધાયેલ મરણ નોંધ મુજબ પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવશે.

૪) આ ફોર્મની સાથે અગાઉ લીધેલ પ્રમાણપત્રની નકલ હોય તો રજુ કરવી.