



فام 10 روپے

درخواست فارم برائے کمپیوٹرائزڈ اموات رجسٹریشن میٹروپولیٹن کارپوریشن کوئٹہ



یونین کونسل ادارڈ/حلقہ

1. Applicant Name _____ 1. درخواست دہندہ کا نام
2. Applicant CNIC _____ 2. درخواست دہندہ کا شناختی کارڈ نمبر
3. Decosed's Name _____ 3. متوفی/متوفیہ کا نام
4. Deceased's CNIC No _____ 4. متوفی/متوفیہ کا شناختی کارڈ نمبر
5. Relation _____ 5. متوفی/متوفیہ کا درخواست دہندہ سے رشتہ
6. Religion _____ 6. مذہب
7. Gender _____ 7. جنس
8. Father's Name _____ 8. والد کا نام
9. Father's CNIC _____ 9. والد کا شناختی کارڈ نمبر
10. Mother Name _____ 10. والدہ کا نام
11. Husband's Name _____ 11. شوہر کا نام
12. Husband's CNIC _____ 12. شوہر کا شناختی کارڈ نمبر
13. Place of Death _____ 13. جائے وفات
14. Name of Graveyard _____ 14. قبرستان کا نام
15. Date of Birth _____ 15. تاریخ پیدائش
16. Date of Death _____ 16. تاریخ وفات
17. Date of Burial _____ 17. تاریخ دفن
18. Cause of Death _____ 18. وجہ وفات
19. Address _____ 19. پتہ
20. Person Name Causing disposal of Body _____ 20. تدفین کنندہ
21. CNIC _____ 21. تدفین کنندہ کا شناختی کارڈ نمبر

تاریخ

فون نمبر

دستخط درخواست دہندہ

برائے دفتری استعمال	
دستخط متعلقہ آفیسر	
تاریخ	
نام	
یونین کونسل ادارڈ/حلقہ	
ضلع	
	CRMS NO.
	FORM NO.

Press: 0300-9390607

تصدیق کا اس آفیسر کا نام

شناختی کارڈ نمبر

عہدہ

دستخط امبر

گواہان

گواہ نمبر 1 - میں مسی _____ ولد _____

سکنہ _____ شناختی کارڈ نمبر _____

یہ کہ تصدیق کرتا ہوں کہ متونی _____ شناختی کارڈ نمبر _____

مورخہ _____ کو دفاتر پانچکے ہیں۔ اور مذکورہ معلومات بالکل درست ہے اور کوئی امر پوشیدہ نہیں۔

دستخط گواہ۔ _____

گواہ نمبر 2 - میں مسی _____ ولد _____

سکنہ _____ شناختی کارڈ نمبر _____

یہ کہ تصدیق کرتا ہوں کہ متونی _____ شناختی کارڈ نمبر _____

مورخہ _____ کو دفاتر پانچکے ہیں۔ اور مذکورہ معلومات بالکل درست ہے اور کوئی امر پوشیدہ نہیں۔

دستخط گواہ۔ _____

تصدیق میٹروپولیٹن علاقہ کونسلر

شناختی کارڈ نمبر _____

تصدیق کنندہ