

प्रमाणपत्र क्र./Certificate No.	नमुना ५ / Form ५		
 सत्यमेव जयते	महाराष्ट्र शासन Government of Maharashtra आरोग्य विभाग Health Department		
प्रमाणपत्र निर्गमित करणा-या स्थानिक क्षेत्राचे नाव _____ Name of the local body issuing Certificate _____ मृत्यु प्रमाणपत्र / DEATH CERTIFICATE (जन्म व मृत्यु नोंदणी अधिनियम, १९६९ च्या कलम १२/१७ आणि महाराष्ट्र जन्म व मृत्यु नोंदणी नियम २००० चे नियम ८/१३ अन्वये देण्यात आले आहे.) (Issued under section १२/१७ of the Registration of Births & Deaths Act, १९६९ and rule ८/१३ of the Maharashtra Registration of Births and Death Rules २०००) प्रमाणित करण्यात येत आहे की खालील माहिती जन्माच्या मूळ अभिलेखाच्या नोंदवहीतून घेण्यात आली आहे ज्याचा (स्थानिक क्षेत्र) _____, तालुका _____, जि _____ महाराष्ट्र राज्याच्या नोंदवहीत उल्लेख आहे. This is to certify that the following information has been taken from the original record of birth which is the register for (local area / local body) _____ of tehsil / block _____ of district _____ of Maharashtra State. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> आधारकार्ड क्रमांक: _____ मृताचे पुर्ण नाव: _____ Name of Deceased: _____ मृत्यु तारीख: _____ Death Date : _____ आईचे पुर्ण नाव: _____ Full Name of Mother: _____ मयत व्यक्तीचा मृत्युसमयीचा पत्ता: _____ Address of the deceased at the time of Death : _____ नोंदणी क्रमांक: _____ Registration No.: _____ शेरा: _____ Remarks (if any): _____ प्रमाणपत्र दिल्याचा दिनांक: _____ Certificate Issue Date: _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Adhar Card Number: _____ लिंग: _____ Sex: _____ मृत्यु ठिकाण: _____ Place of Death: _____ वडिलांचे/पतीचे पुर्ण नाव _____ Full Name of Father/Husband: _____ मयत व्यक्तीचा कायमचा पत्ता: _____ Permanent Address of the deceased: _____ नोंदणी दिनांक: _____ Date of Registration: _____ निबंधक, जन्म-मृत्यु नोंदणी अधिकारी, ग्रामपंचायत _____, ता. _____, जि. _____ </td> </tr> </table> शिक्का / Seal		आधारकार्ड क्रमांक: _____ मृताचे पुर्ण नाव: _____ Name of Deceased: _____ मृत्यु तारीख: _____ Death Date : _____ आईचे पुर्ण नाव: _____ Full Name of Mother: _____ मयत व्यक्तीचा मृत्युसमयीचा पत्ता: _____ Address of the deceased at the time of Death : _____ नोंदणी क्रमांक: _____ Registration No.: _____ शेरा: _____ Remarks (if any): _____ प्रमाणपत्र दिल्याचा दिनांक: _____ Certificate Issue Date: _____	Adhar Card Number: _____ लिंग: _____ Sex: _____ मृत्यु ठिकाण: _____ Place of Death: _____ वडिलांचे/पतीचे पुर्ण नाव _____ Full Name of Father/Husband: _____ मयत व्यक्तीचा कायमचा पत्ता: _____ Permanent Address of the deceased: _____ नोंदणी दिनांक: _____ Date of Registration: _____ निबंधक, जन्म-मृत्यु नोंदणी अधिकारी, ग्रामपंचायत _____, ता. _____, जि. _____
आधारकार्ड क्रमांक: _____ मृताचे पुर्ण नाव: _____ Name of Deceased: _____ मृत्यु तारीख: _____ Death Date : _____ आईचे पुर्ण नाव: _____ Full Name of Mother: _____ मयत व्यक्तीचा मृत्युसमयीचा पत्ता: _____ Address of the deceased at the time of Death : _____ नोंदणी क्रमांक: _____ Registration No.: _____ शेरा: _____ Remarks (if any): _____ प्रमाणपत्र दिल्याचा दिनांक: _____ Certificate Issue Date: _____	Adhar Card Number: _____ लिंग: _____ Sex: _____ मृत्यु ठिकाण: _____ Place of Death: _____ वडिलांचे/पतीचे पुर्ण नाव _____ Full Name of Father/Husband: _____ मयत व्यक्तीचा कायमचा पत्ता: _____ Permanent Address of the deceased: _____ नोंदणी दिनांक: _____ Date of Registration: _____ निबंधक, जन्म-मृत्यु नोंदणी अधिकारी, ग्रामपंचायत _____, ता. _____, जि. _____		
प्रत्येक जन्म आणि मृत्यु घटना नोंदविल्याची खात्री करा Ensure Registration of Every Birth & Death			
सदर दाखल्याची वैधता तपासण्याची असल्यास https://sangram.mahaonline.gov.in/Certificate Validation.aspx या संकेतस्थळावर भेट देऊ शकता. डिजीटाय्ज्ड कालबद्ध सेवा वर्ष-२०१५ २०१५-Year of Digitized & Time Bound Services			