

No. 0081328

FORM 6

ফর্ম ৬

(See Rule 9 of West Bengal Registration of Births and Deaths Rules, 2000)
(পশ্চিমবঙ্গ জন্ম-মৃত্যু রেজিস্ট্রেশন বিধি, ২০০০-এর ৯ নং বিধি দেখুন)Government of West Bengal
(পশ্চিমবঙ্গ সরকার)Department of Health & Family Welfare
(স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ দপ্তর)**CERTIFICATE OF DEATH**

(মৃত্যু প্রমাণপত্র)

(Issued under Sec. 12/Sec. 17 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969)
(১৯৬৯ সনের জন্ম-মৃত্যু রেজিস্ট্রেশন আইনের ১২/১৭ ধারা অনুযায়ী প্রদত্ত হইল)This is to certify that the following information has been taken from the original record of death which is in the
register for **KOLKATA MUNICIPAL CORPORATION** of **Bansdroni** P.S.**KOLKATA** District of West Bengal.এই মর্মে নিশ্চিতভাবে জ্ঞাত করা যাইতেছে যে নিম্নবর্ণিত বিবরণী মূল মৃত্যুনিবন্ধ হইতে লওয়া হইয়াছে। উক্ত নথি পশ্চিমবঙ্গ রাজ্যের কলকাতা জেলার
..... খানার অন্তর্ভুক্ত কলকাতা পৌরসংস্থের মৃত্যু রেজিস্টারে লিপিবদ্ধ আছে।Name (নাম) : **SUNIL KUMAR DAS** Registration No. : **HG023/2013/001127**
(রেজিস্ট্রেশন নং) (OLD REGN.NO: 1135/13/1)Sex (M / F) (লিঙ্গ পুরুষ/স্ত্রী) : **MALE** Age (বয়স) : **96Y 0M 0D** Date of Registration (রেজিস্ট্রেশন তারিখ) : **08/05/2013**Date of Death (মৃত্যুর তারিখ) : **08/05/2013**Place of Death (যে স্থানে মৃত্যু হইয়াছে) : **29/3, DURGAPRASANNA PARAMHANSA ROAD, KOLKATA-700047**Name of Father/Husband (পিতা/স্বামীর নাম) : **LATE MAHENDRA LAL DAS**Permanent Address of Deceased (মৃতের স্থায়ী ঠিকানা) : **29/3, DURGAPRASANNA PARAMHANSA ROAD, KOLKATA-700047**
W.B.Address of Deceased at the time of Death (মৃত্যুর সময়ে মৃতের ঠিকানা) : **N.M**Signature of the Issuing Authority
with date & Seal

(তারিখসহ প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর ও সিল/মোহর)

Name of the Mother of the Deceased (মৃতের মাতার নাম) : **N.M**Note : in case of death, no disclosure shall be made of particulars regarding the cause of death as entered in the register. See provision of Section 17(1) of the Registration of Births and Deaths Act, 1969.
(মৃত্যুর রেজিস্ট্রারে লিখিত মৃত্যুর কারণটি প্রকাশ করা যাইবে না। ১৯৬৯ সনের জন্ম-মৃত্যু রেজিস্ট্রেশন আইনের ১৭(১) ধারা দেখুন।)NAME OF WIDOW: **N.M**Date of Issue : **26/06/2019**
(প্রদানের তারিখ)Place of Issue : **HEAD OFFICE** Type : **GARIA B.G. (T)**
(প্রদানের স্থান) (ধরন)PAID COPY
HEALTH DEPT
K.M.C.