

No.0054529

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 New Market P.S.
KOLKATA District of West Bengal.

এই মর্মে নিশ্চিতভাবে জ্ঞাত করা যাইতেছে যে নিম্নবর্ণিত বিবরণী মূল মৃত্যুনাথি হইতে লওয়া হইয়াছে। উক্ত নথি পশ্চিমবঙ্গ রাজ্যের কলকাতা জেলার

নিউমার্কেট

থানার অন্তর্ভুক্ত কলকাতা পৌরসংস্থের মৃত্যু রেজিস্টারে লিপিবদ্ধ আছে।

Name
(নাম)

TANMOY CHAKRABORTY

Registration No. :

(রেজিস্ট্রেশন নং)

HOSPL/2019/006107

(OLD REGN. NO: 6117)

Sex (M / F)
লিঙ্গ (পুরুষ/স্ত্রী)

MALE

Age :
(বয়স)

66Y 0M 0D (রেজিস্ট্রেশন তারিখ)

Date of Registration :

16/04/2019

Date of Death
(মৃত্যু তারিখ)

24/03/2019

Place of Death
(যেখানে মৃত্যু হইয়াছে)

FORTIS HOSPITALS, KOLKATA 700107

Name of Father/Husband
(পিতা/স্বামীর নাম)

S/O LATE KAMALA PRASAD CHAKRABORTY

Permanent Address
of Deceased
(মৃতের স্থায়ী ঠিকানা)53, ADARSHA PALLY, D.P. NAGAR, BELGARIA
KOLKATA-56
W.B.Address of Deceased at the
time of Death
(মৃত্যুর সময়ে মৃতের ঠিকানা)

N.M.

Name of the Mother
of the Deceased
(মৃতের মাতার নাম)

N.M.

Signature of the Issuing Authority
with date & Seal

(তারিখসহ প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর ও মিলমোহর)

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 রেজিস্টারে 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: 16/04/2019
(প্রদানের তারিখ)Place of Issue:
(প্রদানের স্থান)

HEAD OFFICE

Type:

(ধরন)

FREE COPY

C.M.H.O. SPECIAL REGISTRATION

HEALTH DEPT.

R. M. C.