

**SOLICITUD DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO
DEL DISTRITO DE SALUD DEL CONDADO DE GRANT**

\$20.00

Cantidad de copias solicitadas _____

NOMBRE DEL REGISTRO: _____
PRIMERO SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO: _____
MES DÍA AÑO

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
CIUDAD CONDADO HOSPITAL

NOMBRE DEL PADRE: _____
PRIMERO SEGUNDO APELLIDO

**NOMBRE DE SOLTERA
DE LA MADRE:** _____
PRIMERO SEGUNDO APELLIDO

Nombre y dirección del solicitante (necesario):

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Cód. post.:** _____

LAS FORMAS ACEPTABLES DE PAGO SON:

EFFECTIVO EN PERSONA – NO SE ACEPTAN CHEQUES

GIRO POSTAL

LLAME AL NÚMERO QUE APARECE MÁS ABAJO SI UTILIZA UNA TARJETA DE CRÉDITO

**Grant County Health District
1038 W. IVY ST., Suite 1 - Moses Lake, WA 98837
(509) 766-7960**

**ESTE SERVICIO ESTÁ ACTUALMENTE DISPONIBLE SÓLO PARA LAS PERSONAS
NACIDAS EN WASHINGTON DESDE 1924 A LA FECHA.**

Date:

P/U by:

Date received _____	By: _____	Date Issued _____	Mail _____	PU _____	FEXED _____
Amount received _____	Time received _____	MO _____	CASH _____	Receipt # _____	
Credit Card #: _____	Exp. Date: _____	Name on Card _____			
Certificate # _____	Issued by VR _____	AG _____	PA _____	EZ _____	DM _____