BİNGÖL VALİLİĞİNE

(Hukuk İşleri Şube Müdürlüğü)

Annem/Babam …………………. tarihinde Bingöl İli ………… İlçesi ……………… ………………… adresinde ……………………………….. sonucu vefat etmiştir.

5233 sayılı Kanunun Ek 1. maddesi kapsamında tarafıma aylık bağlanması için gereğinin yapılmasını arz ederim. ……../……../2019

 Adı Soyadı

 (T.C. Kimlik No:)

Adres :

……………………………....

……………………………….

……………………………….

………………………………...

………………………………….

………………………………….

Telefon : ……………………

 ……………………