

....., dnia r.
(pieczęć podmiotu leczniczego/praktyki
lekarskiej/praktyki położnej albo nazwa (firma)
tego podmiotu/praktyki¹⁾)

ZAŚWIADCZENIE
lekarskie/wystawione przez położną¹⁾
potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od
10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka²⁾

Pani ,
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość³⁾

..... ,
zamieszkała: ,
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych⁴⁾:

- 1) pierwszy trymestr ciąży -
- 2) drugi trymestr ciąży -
- 3) trzeci trymestr ciąży -

.....
podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz
numer prawa wykonywania zawodu
lekarza/położnej¹⁾

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka

³ W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.

⁴ Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.