

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej /
praktyki lekarskiej/praktyki położnej)

....., dnia..... r.

**ZAŚWIADCZENIE
LEKARSKIE/WYSTAWIONE PRZEZ POŁOŻNĄ¹⁾
potwierdzające pozostawienie kobiety pod opieką medyczną nie później niż
od 10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia
dziecka ²⁾**

Pani.....
(imię i nazwisko)

Numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ³⁾

.....

Zamieszkała:
(adres zamieszkania)

Pozostawała pod opieką medyczną ⁴⁾

od..... tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza/położnej¹⁾)

1) Niepotrzebne skreślić.

2) Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003r. 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.