

[pieczęć podmiotu leczniczego/praktyki lekarskiej/
praktyki położnej albo nazwa (firma) tego
podmiotu/praktyki¹⁾]

(miejsowość)

(data)

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 udzielania świadczeń zdrowotnych⁴⁾

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

(podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy, 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.