

....., dnia

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej /
praktyki lekarskiej/praktyki położnej ¹)

ZAŚWIADCZENIE

**lekarskie/ wystawione przez położną ¹⁾
potwierdzające pozostawanie 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 od tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielania świadczeń zdrowotnych ⁴ :

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza / położnej ¹⁾)

1 Niepotrzebne skreślić.

2 Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15 b 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.