WZÓR

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

(pieczątka podmiotu leczniczego/praktyki

lekarskiej/praktyki położnej albo nazwa

(firma) tego podmiotu/praktyki)

ZAŚWIADCZENIE

lekarskie/wystawione przez położną[[1]](#footnote-1))

potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od

10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka[[2]](#footnote-2))

Pani

(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość[[3]](#footnote-3))

zamieszkała:

(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od ……………………………………………………………...tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych[[4]](#footnote-4)):

1. pierwszy trymestr ciąży –………………………………………………
2. drugi trymestr ciąży –………………………………………………
3. trzeci trymestr ciąży –………………………………………………

…………………….………………………..

(podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy

oraz numer prawa wykonywania zawodu

lekarza l położnej)¹)

1. ) Niepotrzebne skreślić. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu mogą być naniesione także w formie pieczątki, nadruku lub naklejki. [↑](#footnote-ref-1)
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. [↑](#footnote-ref-2)
3. ) W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL. [↑](#footnote-ref-3)
4. ) Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży. [↑](#footnote-ref-4)