

.....
(pieczętka podmiotu leczniczego/praktyki
lekarskiej/praktyki położnej albo
nazwa (firma) tego podmiotu/praktyki ¹⁾)

.....
(miejsowość i 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 tożsamość ³⁾

zamieszkała:
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych 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/położnej ¹⁾)

1) Niepotrzebne skreślić. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu mogą być naniesione także w formie pieczętki, nadruku lub naklejki.

2) Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świad jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.

3) W przypadku kobiety nieposiadającej num

skania