

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

....., dnia r.

Z A Ś W I A D C Z E N I E

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 udzielenia świadczeń zdrowotnych⁴⁾:

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

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

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.