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

(miejscowość)

----- r.
(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.