

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej/praktyki położnej¹⁾)

.....
(miejscowość 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 tożsamość³⁾

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/położnej¹⁾)

1) Niepotrzebne skreślić

2) Niniejsze zaświadczenie zgodne 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.