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

 (pieczątka podmiotu leczniczego/

praktyki lekarskiej/praktyki położnej albo

 nazwa (firma) tego podmiotu praktyki1))

**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 - ……………………………………….……….

 ……………………………………….

 (podpis, imię i nazwisko, tytuł

 zawodowy oraz numer prawa

 wykonywania zawodu lekarza/położnej1))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Niepotrzebne skreślić. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu mogą być

naniesione także w formie pieczątki, nadruku lub naklejki.

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.