

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/praktyki  
lekarskiej/praktyki położnej<sup>1)</sup>)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**lekarskie/wystawione przez położną<sup>1)</sup>**

**potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od 10 tygodnia  
ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka<sup>2)</sup>**

Pani .....  
(imię i nazwisko)

.....  
(numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość<sup>3)</sup>)

zamieszkała .....  
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od ..... tygodnia ciąży do porodu.

Termin udzielenia świadczeń zdrowotnych<sup>4)</sup>:

1) pierwszy trymestr ciąży - .....

2) drugi trymestr ciąży - .....

3) trzeci trymestr ciąży - .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza/położnej<sup>1)</sup>)

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.