

Pieczęć podmiotu leczniczego/praktyki lekarskiej/ praktyki położnej albo nazwa (firma) tego podmiotu/praktyki <sup>1</sup>	Miejscowość	Data

## ZAŚWIADCZENIE

wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej<sup>2</sup> uprawniające do korzystania ze wsparcia w formie jednorazowego świadczenia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt.2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem” (Dz. U. z 2016 r. poz. 1860 z późn. zm.)

## DANE DZIECKA

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL <sup>3</sup>	

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> Zgodnie z art. 5 pkt. 14 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego jest świadczeniodawca, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>3</sup> W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.

## ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	

**CIERPI NA CIĘŻKIE I NIEODWRACALNE UPOŚLEDZENIE ALBO NIEULECZALNĄ CHOROBE ZAGRAŻAJĄCĄ ŻYCIU, KTÓRE POWSTAŁY W PRENATALNYM OKRESIE ROZWOJU DZIECKA LUB W CZASIE PORODU.**

Pieczętka i podpis lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej	
--	--