

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

ZAŚWIADCZENIE

lekarskie/wystawione przez położną² potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka³

DANE OSOBY POZOSTAJĄCEJ POD OPIEKĄ MEDYCZNĄ

Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL ⁴	

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	

¹ Niepotrzebne skreślić

² Niepotrzebne skreślić

³ 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.

⁴ W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Pozostawała pod opieką medyczną od		tygodnia ciąży do porodu.
---------------------------------------	--	---------------------------

TERMINY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH⁵

Pierwszy trymestr ciąży	
Drugi trymestr ciąży	
Trzeci trymestr ciąży	

Podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu lekarza/położnej ⁶	
---	--

⁵ Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.

⁶ Niepotrzebne skreślić