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

(pieczątka podmiotu leczniczego/ praktyki lekarskiej/praktyki położnej albo nazwa (firma) tego podmiotu/praktyki1)

**ZAŚWIADCZENIE**

**LEKARSKIE/WYSTAWIONE PRZEZ POŁOŻNĄ1)**

**potwierdzające pozostawienie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka 2)**

Pani………………………………………………………………………………………………………………………..……………………

*(imię i nazwisko)*

Numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość 3)

…………………………………………………………………………………………………………………………….………………………

zamieszkała: ...................................................………………………………………………………………………………

*(adres zamieszkania)*

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

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych4):

1. pierwszy trymestr ciąży - …………………………………..

1. drugi trymestr ciąży - ……………… ………………………

1. 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 2003r. o świadczeniach rodzinnych, 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.*