

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej/praktyki położniczej¹⁾)

..... dnia r.

ZA WIADCZENIE
lekarskie/wystawione przez położniczkę¹⁾
potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od
10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniając do dodatku z tytułu urodzenia dziecka²⁾

Pani
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego to samo³⁾

.....
zamieszkała:
(adres zamieszkania)

pozostawają pod opieką medyczną od tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielania świadczeń zdrowotnych⁴⁾

1) pierwszy trymestr ciąży

2) drugi trymestr ciąży

3) trzeci trymestr ciąży

.....
(pieczęć i podpis lekarza / położniczki¹⁾)

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 nowego dziecka.

³⁾ W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.

⁴⁾ Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.