

....., dnia.....

.....  
( pieczętka podmiotu leczniczego,  
praktyki lekarskiej/praktyki położnej  
albo nazwa ( firma) tego podmiotu/praktyki <sup>1)</sup>)

**ZAŚWIADCZENIE**  
**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>)

.....  
( adres zamieszkania)

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

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

- 1) pierwszy trymestr ciąży-.....
- 2) drugi trymestr ciąży- .....
- 3) trzeci trymestr ciąży- .....

.....  
(podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz  
numer prawa wykonywania zawodu  
lekarza/ położnej<sup>1)</sup>)

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu mogą być naniesione także w formie pieczętki, nadruku lub naklejki.

<sup>2</sup> Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ustawy z dnia 2 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych stanowi także postawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka

<sup>3</sup> W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL

<sup>4</sup> Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia w każdym trymestrze ciąży