……………………………………. ……...………………

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej (miejscowość i data)

lub praktyki lekarskiej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od**

**10 tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka1)**

Pani

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość2)

…………………………………………………………………………………………………

zamieszkała:

…………………………………………………………………………………………………

(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od tygodnia ciąży do

porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych:

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

…………………………….

(pieczątka i podpis lekarza)

1) 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.

2) W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.