

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

.....  
(miejscowość i data)

## 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>

zamieszkała: .....  
(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>)

1) Niepotrzebne skreślić. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu mogą być naniesione także w formie pieczęćki, nadruku lub naklejki.

2) Niniejsze zaświadczenie zgodne z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1518, z późn. zm.) 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.