

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

.....  
(miejscowość i data)

### Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E

potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później  
niż od 10 tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu  
urodzenia dziecka<sup>1)</sup>

Pani .....  
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość<sup>2)</sup>

.....

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 - .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

<sup>1)</sup> Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.

<sup>2)</sup> W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.