

....., dnia.....r.

.....  
(pieczętka podmiotu leczniczego/praktyki lekarskiej/  
praktyki położnej albo nazwa (firma) tego podmiotu/praktyki)

**ZAŚWIADCZENIE**  
**lekarskie/wystawiane przez położną<sup>1)</sup>**  
**potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od**  
**10 tygodnia ciąży do porodu, uprawniająca 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> Niepotrzebne skreślić. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu mogą być naniesione także w formie pieczętki, wydruku lub naklejki.

<sup>2)</sup> Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003r. 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.

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

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