

-----  
[pieczęćka podmiotu leczniczego/praktyki lekarskiej/  
praktyki położnej albo nazwa (firma) tego  
podmiotu/praktyki<sup>1)</sup>]

-----  
(miejscowość )

----- r.  
(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 udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>4)</sup>

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

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

<sup>1)</sup>Niepotrzebne skreślić.

<sup>2)</sup>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.

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

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