

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/  
praktyki lekarskiej/praktyki położniczej)

.....dnia.....r.

**Z A Ś W I A D C Z E N I E**  
lekarskie/wystawione przez położną<sup>1)</sup>  
potwierdzające pozostanie 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 - .....

.....  
(pieczęć i podpis 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 2006r., 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 która nie posiada numeru PESEL.

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