

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

**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 nazwisko, tytuł  
zawodowy oraz numer prawa do  
wykonywania zawodu  
lekarza/położnej<sup>1)</sup>)

---

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

<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.