

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

....., dnia.....

**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 i nazwisko, tytuł zawodowy  
oraz numer prawa 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 pieczęćki, 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 2018 r., poz. 2220, 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.