

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

.....  
(miejsowość i 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 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 nr  
praw wykonywania zawodu  
lekarza/położnej)

<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 2020 r., poz. 111) 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