

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/  
praktyki lekarskiej/praktyki lekarskiej<sup>1)</sup>)

.....  
(miejscowość 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, uprawniająca 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 – .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza/położnej<sup>1)</sup>)

- 1) Niepotrzebne skreślić.
- 2) Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1518, z późn. zm.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.
- 3) W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.
- 4) Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.