

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od
10 tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka¹⁾

Pani

.....
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość²⁾

.....
zamieszkała:

.....
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych:

- 1) pierwszy trymestr ciąży -
- 2) drugi trymestr ciąży -
- 3) trzeci trymestr ciąży -

.....
(pieczęć i podpis lekarza)