

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

.....  
(miejsowość 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 dziecka <sup>1)</sup>**

Pani

.....  
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość<sup>2)</sup>

.....  
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)

<sup>1)</sup> Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 323 j.t.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.

<sup>2)</sup> W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.