

.....  
(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 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)