

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej

.....dnia.....r.

ZAŚWIADCZENIE¹⁾

wystawione przez

Lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. lekarza będącego świadczeniodawcą, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej), posiadającego dowolną specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii

potwierdzające

- 1- Urodzenia się żywego dziecka**
- 2- Ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu**

Dane dot. dziecka:

- 1. Imię i Nazwisko**
- 2. Data urodzenia**
- 3. Numer PESEL (jeśli został nadany)**
- 4. Adres zamieszkania**

.....
(pieczętka i podpis lekarza posiadającego
dowolną specjalizację II stopnia lub tytuł
specjalisty w dziedzinie: położnictwa
i ginekologii, perinatologii lub neonatologii)

¹⁾ Niniejsze zaświadczenie wydawane jest na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2016, poz. 1860) i zgodnie z art. 10 ust. 1 ww ustawy, stanowi podstawę uzyskania jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu