

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

....., dnia ..... r.

## ZAŚWIADCZENIE <sup>1)</sup>

wystawione przez

lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. 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- urodzenie 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 .....

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

<sup>1)</sup> Niniejsze zaświadczenie wydawane jest na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. 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