.....
(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[1)]

Pani .....
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość[2)]

.....

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 — .....

.....
(pieczątka i podpis lekarza)