

..... dnia

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

ZAŚWIADCZENIE ¹⁾

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 specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej

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
specjalizację II stopnia
lub tytuł specjalisty w dziedzinie:
położnictwa i ginekologii, perinatologii,
neonatologii, neurologii dziecięcej,
kardiologii dziecięcej lub chirurgii
dziecięcej)

- 1) 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” (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 473 z późn. zm.) i zgodnie z art. 10 ust. 1 ww. ustawy, stanowi podstawę uzyskania jednorazowego świadczenia z tyt. 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.