

....., dnia .....  
miejsowość data

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

## **Z A Ś W I A D C Z E N I E <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, 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 dotyczące 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, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej)

<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” (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 473 ze zm.) 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