

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej (miejsowość i data)

praktyki lekarskiej/praktyki położnej)

ZAŚWIADCZENIE

lekarskie/wystawione przez lekarza/położną

potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż
od 10 tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do jednorazowej zapomogi z tytułu
urodzenia się dziecka „Żarnowieckie becikowe”

Pani.....

(imię i nazwisko)

Numer PESEL, nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
zamieszkała.....

(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od.....tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielania świadczeń zdrowotnych:

1) pierwszy trymestr ciąży

2) drugi trymestr ciąży.....

3) trzeci trymestr ciąży.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza/położnej)