Miejscowość, dnia .....

pieczątka zakładu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu:

Nazwisko i imię dziecka .....

Data urodzenia ..... PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres zamieszkania .....

ROZPOZNANIE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cel wydania zaświadczenia:

Ubieganie się o jednorazowe świadczenie przyznawane na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem", z tytułu urodzenia się żywego dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Podstawa prawna:
art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin **„Za życiem"**.

Oświadczam, że posiadam specjalizację II stopnia i/lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii;
Jestem lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 898-38-45 **OPS SR 298**