...., dnia ..... r.

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej[1] uprawniające do korzystania ze wsparcia w formie jednorazowego świadczenia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt.2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem" (Dz. U. z 2016 r. poz. 1860 z późn. zm.)

Potwierdzam, że:

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data urodzenia:.....

Numer PESEL dziecka (jeżeli został nadany).....

Adres zamieszkania:.....

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

.....
(pieczątka i podpis lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej)

---

[1]. Zgodnie z art. 5 pkt. 14 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego jest świadczeniodawca, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.