……..…… ……, dnia …….…… r.
(pieczęć podmiotu leczniczego) (miejscowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. z 2019r., poz. 473) oraz art. 47 ust. 1a i art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019r., poz. 1373 z późn. zm.)

Nazwisko i imię dziecka: ……..……

Data urodzenia: ……..……...

Numer PESEL dziecka (o ile 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.

……..……
(pieczęć i podpis lekarza)