..... .....dnia..... ..... r.

nazwa i adres podmiotu leczniczego miejscowość

# 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. poz. 1860) 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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)*

Nazwisko i imię dziecka .....

Data urodzenia .....

Numer PESEL dziecka (o ile został nadany).....

zamieszkała(y).....

**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