

.....

nazwa i adres podmiotu leczniczego

....., dnia

(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE

*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” 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*

Imię i nazwisko dziecka

Numer PESEL dziecka

Data urodzenia dziecka (*uzupełnić w przypadku braku numeru PESEL*)

Zaświadcza się, że dziecko cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

.....

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