

.....

....., dniar.

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej)*

ZAŚWIADCZENIE

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

Zaświadczam, iż Pani
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość¹

.....

zamieszkała:
(adres zamieszkania)

urodziła w dniu syna/córkę
(data urodzenia) (imię i nazwisko)

u którego stwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu*, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu*.

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż²:

- zawarłem umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- jestem zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- posiadam specjalizację II stopnia w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii*;
- posiadam tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii;

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

¹ w przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL;

² właściwe zaznaczyć;

* niepotrzebne skreślić