……………………………………… ……………………………………..

(pieczęć zakładu) (miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO/\***

*w celu uzyskania świadczeń określonych w Ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet   
w ciąży i rodzin „Za życiem”(Dz. U. poz. 1860)*

Zaświadczam, że Pani …………………………………………………………..

(imię i nazwisko)

PESEL ………………..……………...

Zamieszkała: ……………………………………………………………………

urodziła w dniu …………………… dziecko …………………………………….

(data) (imię i nazwisko dziecka)

u którego stwierdzam/\*\*: ……………………………………………………………….…………………....

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

..........……………………………….

(podpis i pieczątka lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

*/\*Zaświadczenie wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ,* ***posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.*** *Lekarzem w rozumieniu w/w ustawy jest lekarz, będący świadczeniodawcą (podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej), z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.*

/\*\* W zaświadczeniu lekarz stwierdza czy u dziecka występuje ciężkie   
i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalna choroba zagrażająca życiu, która powstała w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu