

.....,
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/ praktyki lekarskiej)

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

ZASWIADCZENIE

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 tożsamość

.....,

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, iż 2) :

zawarłem umowę NR z dnia, 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 ubezpieczenia zdrowotnego)

*) właściwe zaznaczyć;

zaświadczenie może być wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii – art. 4 ust. 3 ustawy