|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………….. ………………………..dnia…… ……. r.  nazwa i adres podmiotu leczniczegomiejscowość  **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 |