

.....  
nazwa i adres podmiotu leczniczego

.....dnia..... r.  
miejscowość

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*uprawniająca 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” (t. j. Dz. U. z 2020r. poz. 1329 ze zm.) 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 (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 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.**

.....  
Pieczętka i podpis lekarza