…….…….. ……., dnia…….r.

(pieczątka podmiotu leczniczego/
praktyki lekarskiej/ praktyki położnej
albo nazwa (firma) tego podmiotu/praktyki[1])

ZAŚWIADCZENIE
lekarskie/wystawione przez położną[1]
potwierdzające martwe urodzenie dziecka

U Pani..... ……,

(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość[(2)]

..... ……,

zamieszkałej: ..... ……..

(adres zamieszkania)

potwierdza się urodzenie martwego dziecka, do którego doszło w dniu ……
(data)

w .... ……..

(miejsce, gdzie doszło do urodzenia martwego dziecka)

…….....

(podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy
oraz numer prawa wykonywania zawodu
lekarza / położnej[1])

---

1) Niepotrzebne skreślić. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu mogą być naniesione także w formie pieczątki, nadruku lub naklejki

2) W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.

Niniejsze zaświadczenie zostało stworzone przez redakcję portalu poronilam.pl na podstawie informacji uzyskanych telefonicznie od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.