…………………………………….. ………………………..dnia………………….……. r.

nazwa i adres podmiotu leczniczego miejscowość

z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej

**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 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 (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

*z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę*

*o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza,*

*który jest zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni,*

*z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń*

*opieki zdrowotnej posiadającego specjalizację II stopnia*

*lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii,*

*perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej,*

*kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.*