

## Potvrdenie

### ošetrojúceho lekára dieťaťa (detský lekár) na účely posúdenia nároku na

(Údaje v potvrdení vyplňujte paličkovým písmom a zodpovedajúci údaj označte podľa tohto vzoru ☒)

príspevok pri narodení dieťaťa, ak ide o dieťa narodené z prvého až tretieho pôrodu, ktoré sa dožilo najmenej 28 dní

príspevok pri narodení dieťaťa (zvýšený) ak sa súčasne narodili dve deti alebo sa súčasne narodilo viac detí, ktoré sa dožili najmenej 28 dní

#### Ošetrojúci lekár dieťaťa

Meno  Priezvisko

#### Adresa pracoviska ošetrojúceho lekára

Ulica  číslo

PSČ  Obec

#### Údaje o dieťati

Meno	Priezvisko	Dátum narodenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Potvrdzujem,

že vyššie uvedené dieťa/deti, na ktoré si oprávnená osoba (rodič) uplatňuje nárok na príspevok pri narodení dieťaťa je/ sú v mojej lekárskej starostlivosti.

Poskytovaná lekárska starostlivosť  je/  nie je na základe uzatvorenej dohody o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti od ..... (uviesť dátum, odkedy je uzatvorená dohoda).

Uvedené dieťa/deti sa dožilo/dožili dňa ..... 28 dní života.

Dátum

Pečiatka a podpis  
ošetrojúceho lekára