

Potvrdenie

ošetrujúceho 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

Ošetrujúci lekár dieťaťa

Meno Priezvisko

Adresa pracoviska ošetrujúceho 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 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.

Potvrdenie sa vydáva pre (meno a priezvisko rodiča, adresa trvalého pobytu):

.....

Dátum

Pečiatka a podpis
ošetrujúceho lekára