

Potvrdenie

ošetrujúceho lekára na účely posúdenia nároku na

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

- príspevok pri narodení dieťaťa
- príspevok rodičom, ktorým sa súčasne narodili tri deti alebo viac detí, alebo ktorým sa v priebehu dvoch rokov opakovane narodili dvojčatá alebo viac detí súčasne
- príplatok k príspevku na prvonarodené dieťaťa, ktoré sa dožilo aspoň 28 dní

Ošetrujúci lekár dieťaťa

Meno

Priezvisko

Názov a adresa pracoviska ošetrujúceho lekára

Ulica

číslo

PSČ

Obec

Meno

Priezvisko

Rodné číslo

 /
 /
 /
 /
 /

narodené dňa

miesto narodenia

Adresa trvalého pobytu detí

Ulica

číslo

PSČ

Obec

Potvrdzujem,
že horeuvedené dieťa/deti sú v mojej lekárskej starostlivosti a dožili sa dňa

28 dní života

rokov života (uvedte číslom)

Dátum

Pečiatka a podpis
ošetrujúceho lekára



Poznámka:

Na základe ustanovenia § 14 zákona č. 235/1998 Z. z. sa horeuvedené informácie poskytujú bezplatne