
Pieczętka osoby upoważnionej¹

Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE
o martwym urodzeniu
(bez względu na czas trwania ciąży)

U Pani

(Imię i nazwisko pacjentki)

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

zamieszkałej

(Adres zamieszkania pacjentki)

potwierdza się urodzenie martwego dziecka, do którego doszło w dniu

data

w

(miejsce, gdzie doszło do urodzenia martwego dziecka)

(podpis osoby upoważnionej¹)

1) lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii (lub w trakcie specjalizacji), położna