

Potvrdenie

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

príspevok pri narodení prvého dieťaťa

Ošetrojúci lekár dieťaťa

Meno a priezvisko lekára:

Adresa pracoviska ošetrojúceho lekára

ulica číslo:

PSC: Mesto:

Údaje o dieťati

Meno a priezvisko

Adresa: Dátum narodenia:

Potvrdzujem,

že vyššie uvedené dieťa, na ktoré si oprávnená osoba uplatňuje nárok na príspevok pri narodení **prvého** dieťaťa je v mojej lekárskej starostlivosti.

Uvedené dieťa sa dožilo dňa 28 dní života.

Dňa

pečiatka a podpis
ošetrojúceho lekára