

vita surselva  
Postfach 44  
7130 Ilanz

## Stillgeldausweis der vita surselva

Vers-Nr

Name

Vorname

Geburtsdatum

Deckung

Der/die Arzt/Ärztin/Hebamme/Mütterberatungsschwester bescheinigt, dass obengenannte Wöchnerin ihr Kind **während mindestens 10 Wochen** gestillt hat,

und zwar bis

Datum der Niederkunft

Ort, Datum

Stempel &  
Unterschrift \_\_\_\_\_