

Warszawa, dnia.....

WNIOSEK O PRZEKAZANIE KARTY UODPORNIEŃ

Imię i nazwisko dziecka:.....

PESEL dziecka:.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:.....

PESEL opiekuna prawnego:.....

Proszę o przekazanie oryginału karty uodpornienia do innego świadczeniodawcy:

Nazwa placówki:.....

Adres placówki:.....

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o obowiązku wykonywania szczepień ochronnych i będą one kontynuowane w ww placówce.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego:.....

Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek:.....

Kartę uodpornienia przygotowano do przekazania do innego świadczeniodawcy:

Data:.....

Podpis i pieczęć pielęgniarki:.....