

WNIOSEK O PRZEKAZANIE KARTY UODPORNIEŃ

Imię i nazwisko dziecka	
PESEL dziecka	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
PESEL rodzica/opiekuna prawnego	

Proszę o przekazanie oryginału karty uodpornienia do innego świadczeniodawcy:

Nazwa placówki	
Adres placówki	

Oświadczam, że zostałam poinformowana/y 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 świadczeniodawcy¹:

Warszawa, dnia.....

Podpis i pieczęć pielęgniarki.....

¹ Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 18 sierpnia 2011r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. 2011 nr 182 poz. 1086 z późn.zm.) w przypadku konieczności przekazania Karty uodpornienia, przekazuje się ją za pokwitowaniem świadczeniodawcy przeprowadzającemu obowiązkowe szczepienia ochronne.