

## WNIOSEK O PRZEKAZANIE KARTY UODPORNIEŃ

Imię i nazwisko dziecka .....

PESEL dziecka .....

Proszę o przekazanie oryginału karty uodpornienia do innego świadczeniodawcy

Nazwa placówki .....

.....

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

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

Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek: .....

Kartę uodpornienia przygotowano do przekazania innemu świadczeniodawcy:

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć pielęgniarki