



WNIOSEK O PRZEKAZANIE KART UODPORNIEŃ DO INNEGO ŚWIADCZENIODAWCY
(WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN PRAWNY DZIECKA)

Imię i nazwisko dziecka.....

PESEL dziecka.....

Proszę o przekazanie oryginału karty uodpornienia do innego świadczeniodawcy:

Nazwa placówki

.....

Adres placówki.....

.....

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

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego.....

Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek.....

(pracownik LacusMed)

Kartę uodpornienia przygotowano do przekazania do innego świadczeniodawcy.

Data:.....

podpis pielęgniarki:.....