

**WNIOSEK RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO
O PRZEKAZANIE KARTY UODPORNIEŃ DO INNEGO ŚWIADCZENIODAWCY**

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA	PESEL

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA	PESEL

PROSZĘ O PRZEKAZANIE ORYGINAŁU KARTY UODPORNIEŃ DO INNEGO ŚWIADCZENIODAWCY
w związku z realizacją obowiązku dotyczącego programu szczepień ochronnych w placówce POZ

NAZWA PODMIOTU	
ADRES PODMIOTU	

_____ data

_____ miejscowość

_____ podpis rodzica lub opiekuna prawnego

**KARTĘ UODPORNIEŃ PRZYGOTOWANO
I PRZEKAZANO DO INNEGO ŚWIADCZENIODAWCY**

_____ data

_____ miejscowość

_____ podpis i pieczęć pielęgniarki