Warszawa dn …………………..

**WNIOSEK O PRZEKAZANIE KART UODPORNIENIA 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 CMŻ)

Kartę uodpornienia przygotowano do przekazania do innego świadczeniodawcy.

Data:…………….. podpis pielęgniarki:………………………