

**WNIOSEK O PRZEKAZANIE KARTY 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 Babka Medica)

Kartę uodpornienia przygotowano do przekazania do innego świadczeniodawcy.

**Data:.....**

**Podpis pielęgniarki:.....**