

WNIOSEK O PRZEKAZANIE KARTY UODPORNENIA DO INNEGO

ŚWIADCZENIODAWCY

(wypełnia rodzic/opiekun prawny dziecka)

Ja, niżej podpisana/y

.....

zamieszkała/y (adres)

.....

legitymująca/y się dowodem osobistym o numerze i serii.....

PESEL: / / / / / / / / / / / / /

świadomie oświadczam, iż jestem opiekunem prawnym, uprawnionym do składania oświadczeń woli w imieniu niepełnoletniej/go:

Imię i nazwisko

zamieszkałej/go (adres)

.....

PESEL: / / / / / / / / / / / / /

*Wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych w celu realizacji Programu Szczepień Ochronnych przez POZ Vital Medic Kluczbork

Podpis

Proszę o przekazanie oryginału karty uodpornienia od podmiotu:

Nazwa placówki

Adres placówki

do innego świadczeniodawcy :

Nazwa placówki:

Adres placówki:

.....

Data oraz czytelny podpis opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej (imieniem i nazwiskiem)

.....

..... Data i czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie