

.....
miejscowość, data



ZDROWIE

.....
Pieczęć placówki

WNIOSEK O PRZEKAZANIE KARTY UODPORNNIENIA

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia dziecka PESEL dziecka

Proszę o przekazanie oryginału Karty uodpornienia do świadczeniodawcy

Nazwa placówki

Adres

Dane rodzica/ opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego

PESEL rodzica/ opiekuna prawnego

.....
Data, czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

.....
Data, czytelny podpis przyjmującej wniosek

- Kartę uodpornienia przygotowano do przekazania w/w świadczeniodawcy

.....
Data i czytelny podpis pielęgniarki

.....
data wysłania Karty

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 18 sierpnia 2011r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. 2011 nr 182 poz. 1086 z późn.zm.) w przypadku konieczności przekazania Karty uodpornienia, przekazuje się ją za pokwitowaniem świadczeniodawcy przeprowadzającemu obowiązkowe szczepienia ochronne.