.....

(miejscowość, data)

Do: .....

.....

(nazwa i adres poprzedniej placówki)

WNIOSEK O PRZEKAZANIE KARTY UODPORNIENIA

Dane osoby, której dotyczy karta uodpornienia:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Data urodzenia (jeżeli brak PESEL): .....

Zwracam się z prośbą o przekazanie oryginału karty uodpornienia wskazanej wyżej osoby do placówki, w której obecnie realizowane są jej szczepienia ochronne:

NZOZ Zdrowie Plus sp. z o.o.
ul. Zagłoby 16/U6-7
02-495 Warszawa

Proszę o przekazanie karty bezpośrednio do wskazanej placówki, w sposób zapewniający poufność danych medycznych oraz potwierdzenie odbioru.

Wniosek składam jako (proszę zaznaczyć właściwe):

☐ osoba pełnoletnia, której dotyczy karta uodpornienia

☐ przedstawiciel ustawowy osoby, której dotyczy karta uodpornienia (np. rodzic dziecka)

Imię i nazwisko składającego wniosek: .....

.....

(czytelny podpis składającego wniosek)

Potwierdzenie przyjęcia wniosku przez poprzednią placówkę (opcjonalnie, na kopii):

Data: ..... Podpis/pieczęć: .....