

Miejscowość, data

CENTRUM MEDYCZNE POLSKIE ZDROWIE

05-825 Grodzisk Mazowiecki, ul. Sienkiewicza 45

**WNIOSEK O PRZESŁANIE KARTY SZCZEPIEŃ
Z INNEJ PLACÓWKI DO CENTRUM MEDYCZNEGO POLSKIE ZDROWIE**

DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

Nr PESEL

Telefon / e-mail

Adres zamieszkania

DANE DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka

Nr PESEL

Data urodzenia

Adres zamieszkania dziecka

DOTYCHCZASOWA PLACÓWKA MEDYCZNA

Nazwa dotychczasowej placówki / poradni

Adres placówki

Telefon placówki - opcjonalnie

Miejscowość

TREŚĆ WNIOSKU

Ja, niżej podpisany(-a), jako rodzic / opiekun prawny dziecka, zwracam się z prośbą o przesłanie karty szczepień / karty uodpornienia dziecka pocztą na adres:

ADRES DO WYSYŁKI POCZTOWEJ:

Centrum Medyczne Polskie Zdrowie

ul. Sienkiewicza 45, 05-825 Grodzisk Mazowiecki

Dokumentacja jest przekazywana do naszej placówki wyłącznie drogą pocztową.

OŚWIADCZENIE I PODPIS

Oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne z prawdą oraz że jestem osobą uprawnioną do złożenia wniosku w imieniu dziecka.

data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego