CENTRUM MEDYCZNE
DPMED

WNIOSEK O PRZEKAZANIE KARTY UODPORNIENIA DO INNEGO ŚWIADCZENIODAWCY

(wypełnia rodzic /opiekun prawny dziecka)

.....
imię i nazwisko pracownika CM DP MED

L.p.	Nazwisko i imię	Data urodzenia lub PESEL	Oryginał lub ksero

Proszę o przekazanie oryginału karty do innego świadczeniobiorcy :

nazwa placówki: .....

adres placówki: .....

.....

.....

Imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego .....

Czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego .....

....
miejscowość, data *podpis rodzica /opiekuna prawnego*

Kartę uodpornienia przygotowano przekazania do innego świadczeniobiorcy.

....
data *podpis pielęgniarki*

ul. Modlińska 49, 05-110 Jabłonna, 22 29 29 800
info@dpmed.pl, www.dpmed.pl