

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, w przypadku konieczności przekazania karty uodpornienia przekazuje się ją za pokwitowaniem osobie przeprowadzającej obowiązkowe szczepienie ochronne.

Konstancin-Jeziorna, dnia .....

**WNIOSEK RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA  
O PRZEKAZANIE KARTY UODPORNIEŃ  
Z CENTRUM MEDYCZNEGO GRAPA MEDICA DO INNEGO ŚWIADCZENIODAWCY**

Imię i nazwisko dziecka .....Pesel dziecka.....

**Proszę o przekazanie oryginału karty uodpornienia do innego świadczeniodawcy:**

Nazwa placówki .....

Adres placówki .....

.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego.....

Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek: .....

Kartę uodpornienia przygotowano do przekazania do innego świadczeniodawcy:

.....  
*(data i podpis pielęgniarki)*