

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  
DO CENTRUM MEDYCZNEGO GRAPA MEDICA OD INNEGO ŚWIADCZENIODAWCY**

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

**Proszę o przekazanie oryginału karty uodpornienia do Centrum Medycznego Grapa Medica, Al. Wojska Polskiego 4, 05-520 Konstancin-Jeziorna z:**

Nazwa placówki .....

Adres placówki .....

.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka .....

Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek .....

*(pracownik CM Grapa Medica)*