

Green Medica
Magiczna 6
03-289 Warszawa

Data (D/M/R)____/____/____

Oświadczenie

*Prosimy wypełnić **DRUKOWANYMI** literami*

Proszę o przekazanie karty uodpornienia mojego dziecka / dzieci

1) Imię:_____ Nazwisko:_____ PESEL lub data ur. : _____

2) Imię:_____ Nazwisko:_____ PESEL lub data ur. : _____

3) Imię:_____ Nazwisko:_____ PESEL lub data ur. : _____

Na wskazany adres:

Celem dalszej opieki w POZ i odbycia kolejnych szczepień obowiązkowych oraz zalecanych w w/w placówce.

Jednocześnie jestem świadoma/y, że termin przekazania karty uodpornienia wynosi do 14 dni roboczych.

Podpis opiekuna faktycznego/
ustawowego

Podpis osoby przyjmującej
oświadczenie

