



**ZDROWIE**

.....  
*Pieczęć placówki*

## **WNIOSEK O PRZEKAZANIE KARTY UODPORNIECIA**

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodzenia dziecka ....., PESEL dziecka .....

Proszę o przekazanie oryginału Karty uodpornienia do świadczeniodawcy

Nazwa placówki .....

Adres .....

### **Dane rodzica/ opiekuna prawnego:**

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

PESEL rodzica/ opiekuna prawnego .....

.....  
Data, czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

.....  
Data, czytelny podpis przyjmującej wniosek

- Kartę uodpornienia przygotowano do przekazania w/w świadczeniodawcy

.....  
Data i czytelny podpis pielęgniarki

.....  
data wysłania Karty

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 18 sierpnia 2011r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. 2011 nr 182 poz. 1086 z późn.zm.) w przypadku konieczności przekazania Karty uodpornienia, przekazuje się ją za pokwitowaniem świadczeniodawcy przeprowadzającemu obowiązkowe szczepienia ochronne.