W związku ze zmianą ŚWIADCZENIODAWCY proszę o przesłanie KART UODPORNIENIA nw. pacjentów na adres:

**SPZOZ PRZYCHODNIE KOZIENICKIE, UL. SIENKIEWICZA 28, 26-900 KOZIENICE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Imię i nazwisko pacjenta | PESEL\*/data urodzenia\* |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

 ….……………………………………………… ………………………………………..

 Data i podpis: rodzica\* / opiekuna prawnego\* Data, pieczęć i podpis pielęgniarki Punktu Szczepień

\*niepotrzebne skreślić

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KARTY UODPORNIENIA**

…………………………………………………..……………….

 *Pieczęć podmiotu wnioskującego o przesłanie karty uodpornienia*