

Nowy Dwór Mazowiecki, dn.....

**WNIOSEK O PRZEKAZANIE KART UODPORNIEŃ DO INNEGO ŚWIADCZENIODAWCY
(WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN PRAWNY DZIECKA)**

Imię i nazwisko dziecka.....

PESEL dziecka.....

Proszę o przekazanie oryginału karty uodpornienia do Innego świadczeniodawcy:

Nazwa placówki

Adres placówki.....

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

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego.....

Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek.....