

Józefów

Data

Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym dziecka.....

Imię, nazwisko, nr pesel

Poprzednio dziecko było pod opieką przychodni.....

Dokładny adres przychodni

Karta szczepień dziecka znajduje się w przychodni.....

Zobowiązuję się powiadomić poprzednią placówkę o fakcie przepisania dziecka i przekazać prośbę o wysłanie karty szczepień do SPZOZ Przychodni Miejskiej w Józefowie ul Skłodowskiej 5/7.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka w celu przekazania karty uodpornienia.

.....
Podpis opiekuna prawnego