

.....
imię, nazwisko

.....,
miejsowość, data

.....
PESEL lub data urodzenia.

.....
adres zamieszkania

.....
nr dowodu tożsamości

WNIOSEK O WYDANIE KARTY UODPORNENIA

Ja niżej podpisany (-a), zwracam się z prośbą o wydanie karty uodpornienia :

.....
dane Pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy)

Dokumentację medyczną proszę przesać na adres świadczeniodawcy przejmującego obowiązek
sprawowania opieki profilaktycznej:

.....
.....

.....

czytelny podpis