

## PROŚBA O PRZESŁANIE KARTY UODPORNIEŃ

Nazwa i adres podmiotu leczniczego .....

.....

Nazwisko i imię dziecka.....

data urodzenia dziecka.....

data i podpis rodzica .....

## PROŚBA O PRZESŁANIE KARTY UODPORNIEŃ

Nazwa i adres podmiotu leczniczego .....

.....

Nazwisko i imię dziecka.....

data urodzenia dziecka.....

data i podpis rodzica .....