MALVITA
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

Grodzisk Maz., dnia ..... 20..... r.

Wydanie karty

Nazwisko i imię opiekuna prawnego dziecka ……..

PESEL opiekuna .....

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wysłanie karty szczepień mojego dziecka

.....

(imię i nazwisko pacjenta, PESEL)

do przychodni

……..

(nazwa i adres przychodni)

……..

Czytelny podpis opiekuna prawnego