

WNIOSEK O PRZEKAZANIE KARTY UODPORNIEŃ

I. DANE WNIOSKODAWCY (RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO)		
1. Imię	2. Nazwisko	
3. Adres zamieszkania		
3A. Ulica	3B. Numer domu/mieszkania	3C. Kod pocztowy i miejscowość
4. Numer telefonu		

Niniejszym informuję, że z dniem dokonuję zmiany świadczeniodawcy Podstawowej Opieki Zdrowotnej dla mojego dziecka:

II. DANE DZIECKA	
1. Imię	2. Nazwisko
3. Numer PESEL	

PROSZĘ O PRZEKAZANIE ORYGINAŁU KARTY UODPORNIEŃ Z PLACÓWKI:

III. NAZWA OBECNEJ PLACÓWKI POZ	
1. Adres obecnej placówki POZ	
3A. Ulica i numer	3C. Kod pocztowy i miejscowość

W związku z powyższym, na podstawie art. 17 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, **wnioskuję o niezwłoczne przekazanie oryginału Karty Uodpornienia** wyżej wymienionego dziecka do nowej placówki medycznej:

IV. NAZWA NOWEJ PLACÓWKI POZ	
Centrum Medyczne Gizińscy Sp. z o.o. (KRS 0000319092, NIP 967-130-11-99)	
1. Adres nowej placówki POZ	
ul. Leśna 9a	85-676 Bydgoszcz

Jednocześnie upoważniam nową placówkę do odbioru dokumentacji lub proszę o jej przesłanie drogą pocztową (listem poleconym) na powyższy adres.

.....
Miejscowość, data

.....
Własnoręczny podpis rodzica / opiekuna
prawnego

Podstawa prawna:

Osoba przeprowadzająca szczepienie ochronne przechowuje karty uodpornienia. W przypadku zmiany lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną, karta uodpornienia jest przekazywana nowemu lekarzowi za pokwitowaniem (Art. 17 ust. 9 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi).