



CENTRUM MEDYCZNE ŻELAZNA
Szpital i Przychodnia św. Zofii

WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU

książeczki zdrowia dziecka

karty uodpornienia

BARDZO PROSIMY WYPEŁNIĆ ELEKTRONICZNIE LUB DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE WNIOSKODAWCY

NAZWISKO

IMIĘ

ADRES
ZAMIESZKANIA

PESEL

TELEFON
KONTAKTOWY

DANE DZIECKA

NAZWISKO

IMIĘ

DATA URODZENIA

PESEL

DANE MATKI

(jeśli inne niż wnioskodawcy)

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

Wnioskuje o sporządzenie duplikatu:

KSIĄŻECZKI ZDROWIA DZIECKA - **OPŁATA 30 zł**

KARTY UODPORNIENIA (KARTY SZCZEPIEŃ) - **OPŁATA 8,50 zł**

Dokumentację:

odbiorę osobiście

odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku

Zostałam/em poinformowana/y o wysokości opłat z tytułu sporządzenia duplikatów dokumentacji

OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM PRZEDSTAWICIELEM USTAWOWYM DZIECKA

data i (własnoręczny) czytelny podpis wnioskodawcy

data przyjęcia i czytelny podpis przyjmującego wniosek