

.....
(imię i nazwisko)

.....
(ulica nr domu)

.....
(kod pocztowy – miejscowość)

Upoważniam NZOZ Eskulap do ściągnięcia Karty Szczepień mojego dziecka

1)
(imię, nazwisko PESEL)

2).....
(imię, nazwisko PESEL)

3).....
(imię, nazwisko PESEL)

4).....
(imię, nazwisko PESEL)

z Przychodni

Adres

(ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

)