ROYALMED
CENTRUM MEDYCZNE

……
(Miejscowość i data)

WNIOSEK O WYDANIE KARTY UODPORNIENIA

DANE PACJENTA:

(Imię)

(Nazwisko)

(Adres zamieszkania)

(Pesel)

(Numer kontaktowy)

Ja, niżej podpisany/a legitymujący się dowodem osobistym ..……, zwracam się z prośbą o przesłanie oryginału karty uodpornienia na adres placówki :

(Adres placówki do której ma być przesłana karta)

……..
(Data i podpis osoby składającej wniosek)