



ROYALMED

CENTRUM MEDYCZNE

WNIOSEK O WYDANIE KARTY UODPORNIEANIA

DANE PACJENTA:

IMIĘ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAZWISKO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES ZAMIESZKANIA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA URODZENIA

--	--	--	--	--	--	--	--

NR KONTAKTOWY:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Adres placówki do której ma być przesłana karta)

.....
(Data i podpis osoby składający wniosek)