

**Załącznik nr 1  
do Zarządzenia nr 1/2018**

**INFORMACJE DOTYCZĄCE SZCZEPIEŃ I KARTY UODPORNENIA**

Warszawa, dn. ....

Ja, rodzic/opiekun prawny ..... zobowiązuję się  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)  
powiadomić poprzednią przychodnię rodzinną o konieczności przesłania karty uodpornienia  
mojego dziecka ..... do Centrum Medycznego  
(imię i nazwisko dziecka)  
Goldenmed ,ul. Odkryta 4, 03-140 Warszawa.

.....  
PODPIS RODZICA  
/OPIEKUNA PRAWNEGO

**Załącznik nr 4  
do Zarządzenia nr 1/2018**

**OŚWIADCZENIE O SZCZEPIENIU W INNEJ PLACÓWCE**

Warszawa, dn. ....

Oświadczam, że moje dziecko .....  
(imię i nazwisko dziecka)  
legitymujące się numerem PESEL ..... szczepione jest  
w innej placówce .....  
(adres placówki)

.....  
PODPIS RODZICA  
/OPIEKUNA PRAWNEGO