

WNIOSEK O PRZEKAZANIE KARTY UODPORNIEŃ

Imię i nazwisko dziecka /First name and surname of child/ Ім'я та прізвище дитини

.....

PESEL dziecka / Child's PESEL number/ Песель дитини

Proszę o przekazanie karty uodpornienia do DCM DOLMED S.A. z placówki /
Please provide the immunization card to DCM DOLMED S.A. from the facility/
Прошу передати карту щеплень дитини до ДЦМ Долмед С. А. з закладу:

Nazwa placówki / Facility name/ Назва закладу

.....

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

Name and surname of the parent or legal guardian

Ім'я та прізвище батьків / законних опікунів дитини

.....

Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

Date and legible signature of the parent or legal guardian

Дата та розбірливий підпис батьків / законних опікунів

UWAGA!/ WARNING!/ УВАГА!

Rodzice i opiekunowie dzieci przybywających (przyjeżdżających) z zagranicy proszeni są o **(PILNE)** dostarczenie dokumentacji szczepień dziecka do Punktu Szczepień (Poradnia Dzieci Zdrowych w DCM Dolmed S.A.). W przypadku braku dokumentacji prosimy zaznaczyć pole poniżej:

Parents and guardians of children coming from abroad are asked to **(URGENT)** provide the child's vaccination history to the Vaccination Center (Clinic for Healthy Children at DCM Dolmed S.A.). In the absence of documentation, please check the box below:

Батьків та опікунів дітей, які прибули з-за кордону, просимо **(ТЕРМІНОВО)** надати до Центру вакцинації (Клініка здорових дітей) ДЦМ Долмед документи про щеплення дитини. У разі відсутності документації просимо зазначити:

Brak dokumentacji medycznej/ No medical history/ Відсутність медичної документації

Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego
Date and legible signature of the parent or guardian

.....

Дата та розбірливий підпис батьків/опікунів