

....., Grodzisk Maz.

ul. Sadowa 22
05-825 Grodzisk Maz.

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wysłanie karty szczepień mojego
dziecka

.....

imię i nazwisko pacjenta, PESEL

do przychodni

.....

.....

.....

nazwa i adres przychodni

.....

podpis opiekuna prawnego