|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo | Przychodnia przy ulicy Łowieckiej we Wrocławiu | Data wydania 13.04.2015 |
| F-013 A |
| **OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO O ZŁOŻENIU DEKLARACJI DZIECKA DO NOWEGO ŚWIADCZENIODAWCY POZ** | Nr wydania 1 |

**Miejscowość,** data …………………………………………

**……………………………………………………………..**

**Pieczęć podmiotu udzielającego świadczenia zdrowotne**

Informuję, że dokonano wyboru nowego świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej dla dziecka:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię, nazwisko dziecka** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **PESEL** |  |

i w związku z tym wyrażam świadomą zgodę i proszę o przesłanie karty szczepień do nowej placówki, adres poniżej:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa placówki** |  |
| **Ulica, numer** |  |
| **Kod pocztowy, miejscowość** |  |

Oświadczam, że ja, niżej podpisany(a) jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym\* (w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

…………………………………………………………

Data i czytelny podpis opiekuna prawnego

……………………………………………………

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie