# Wniosek o wydanie duplikatu Książeczki Zdrowia Dziecka

Lublin, dnia……………..…… 20… r.

**Dane wnioskodawcy**

Imię i Nazwisko …………………………………………….

PESEL………………………………………………………

Adres….……………………………………………………..

Nr dokumentu tożsamości …………………………………..

Nr telefonu…………………………………………………..

**Dane matki** (jeśli inne niż wnioskodawcy)

Imię i Nazwisko……………………………………………..

PESEL………………………………………………………

**NAC 4216**- ……..…...… / …….…...

**Archiwum Centralne**

**Samodzielnego Publicznego**

**Szpitala Klinicznego Nr 4**

**w Lublinie**

Zwracam się z prośbą o wydanie **duplikatu** Książeczki Zdrowia Dziecka.

**Dane Dziecka**:

Imię i Nazwisko……………………………………………..

Data urodzenia……………………………………………....

PESEL………………………………………………………

**Wnioskowaną dokumentację \*) :**

□ odbiorę osobiście

□ odbierze osoba upoważniona……………………....…………..Nr dowodu osobistego………...................................

□ proszę przesłać za pobraniem na podany adres \*\*):……………………………………

………………………………………………………………………………… ……...………………………….… **czytelny podpis**

**Odbieram wnioskowaną dokumentację**.

………………………..…………………………………

**data i podpis**

Oświadczam iż:

1. Zostałam(em) poinformowana(ny) o konieczności uiszczenia opłaty za sporządzenie duplikatu w wysokości **50 zł brutto**,
2. W przypadku nie odebrania dokumentacji w terminie 14 dni od powiadomienia o możliwości odbioru, wyrażam zgodę na przesłanie duplikatu pocztą i zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzenia duplikatu.

……………………………………………. ………………………………….

**miejscowość, data****podpis wnioskodawcy**

\* )- właściwe zaznaczyć

\*\*)W przypadku przesłania dokumentacji zostanie pobrana opłata za odpowiednią przesyłkę pocztową