

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
PESEL

.....
numer tel./adres poczty elektronicznej

znak sprawy:
(wypełnia CEM)

**Dyrektor
Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi
Al. Piłsudskiego 22
90-051 Łódź**

**WNIOSEK
o wymianę dyplomu**

Zwracam się o korektę dyplomu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Farmaceutów w dziedzinie uzyskanego po złożeniu egzaminu w sesji wiosennej/jesiennej * 20..... r.

Zwracam się o dokonanie następującej zmiany:

.....
.....
.....

(należy podać błędną treść oraz treść prawidłową, która ma być zamieszczona na dyplomie)

W załączeniu przekazuję następujące dokumenty, potwierdzające zasadność dokonania korekty:

.....
.....
.....

Skorygowany dyplom proszę wysłać na adres:

.....

W załączeniu przesyłam oryginał błędnego dyplomu.

Przyjmuję do wiadomości, że w wypadku, gdy błąd nie był zawiniony przez CEM, za dokonanie korekty będzie pobrana opłata w wysokości 50 zł. Opłatę należy uiścić na następujących rachunek bankowy: **95 1010 0068 7900 9101 2345 9991, NBP O/Łódź**. Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie uiszczenia opłaty.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

Wypełnia Centrum Egzaminów Medycznych

Błąd powodujący wymianę był/nie był spowodowany przez CEM – opłata za wymianę nie jest należna/jest należna*.

Dokonano wymiany w dniu *

Sprawdzono
pod względem merytorycznym

.....
(data i podpis osoby sprawdzającej)

* *niepotrzebne skreślić*