

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
PESEL*

.....
znak sprawy:
(wypełnia CEM)

.....
adres

.....
numer tel.

.....
/adres poczty elektronicznej

Dyrektor
Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi
ul. Rzgowska 281/289
93-338 Łódź

WNIOSEK

o ponowne przesłanie świadectwa Lekarskiego Egzaminu Końcowego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego

Na podstawie § 21 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2017 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (Dz. U. poz. 1877), zwracam się o ponowne przesłanie świadectwa Lekarskiego Egzaminu Końcowego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego**, który odbył się w terminie lutowym/wrześniowym** 20..... r.

Do wniosku załączam potwierdzenie wniesienia opłaty w wysokości 15 zł. Opłatę należy uiszczyć na następujących rachunek bankowy: **65 1010 0068 7900 9001 2345 9901**, NBP O/Łódź. Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie uiszczenia opłaty.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

* w przypadku braku nr PESEL należy podać miejsce i datę urodzenia

** niepotrzebne skreślić