

.....  
imię i nazwisko

.....  
miejsowość, data

.....  
PESEL\*

.....  
znak sprawy: .....  
(wypełnia CEM)

.....  
adres

.....  
numer tel.

.....  
adres poczty elektronicznej

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

### **WNIOSEK**

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

Na podstawie § 20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2021 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (Dz. U. poz. 828, z późn. zm.), zwracam się o ponowne przesłanie świadectwa Lekarskiego Egzaminu Końcowego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego\*\*, który odbył się w terminie lutowym/wrześniowym\*\* 20..... r.

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy

Za ponowne przesłanie świadectwa pobierana jest opłata w wysokości 15 zł. Opłatę należy uiścić na następujący rachunek bankowy: **65 1010 0068 7900 9001 2345 9901**, NBP O/Łódź.

Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie uiszczenia opłaty.

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

\*\* niepotrzebne skreślić