

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*PESEL\**

.....  
*adres do korespondencji*

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

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

### **WNIOSEK**

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

Zwracam się o ponowne przesłanie świadectwa Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego / Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego\*\*, który odbył się w terminie wiosennym /jesiennym\*\* 20... .. r.

Do wniosku załączam potwierdzenie wniesienia opłaty w wysokości 15 zł. Opłatę należy

uiścić 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 numeru PESEL należy podać miejsce i datę urodzenia

\*\* niepotrzebne skreślić