

....., dn. ....

*miejsowość*

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*Nr PESEL*

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

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

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

**WNIOSEK  
o wydanie duplikatu/odpisu\* świadectwa**

Zwracam się o wydanie duplikatu/odpisu\* świadectwa Lekarskiego Egzaminu Państwowego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego/Lekarskiego Egzaminu Końcowego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego\* uzyskanego po złożeniu egzaminu w terminie lutowym/wrześniowym\* 20..... r.

***Uzasadnienie***

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

*(wskazać przyczynę utraty dokumentu oryginalnego)*

Dokument proszę wysłać na adres:

.....

.....  
*czytelny podpis Wnioskodawcy*

*\* niepotrzebne skreślić*

Za wydanie duplikatu albo odpisu świadectwa pobierana jest opłata w wysokości 50 zł. Opłatę należy uiścić na następujący rachunek bankowy: **30 1010 0068 7900 9501 2345 9995, NBP O/Łódź**.  
Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie uiszczenia opłaty.