

....., dn.
miejsowość

.....
Imię i nazwisko

.....
Nr PESEL

.....
Adres miejsca zamieszkania

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

PODANIE

Zwracam się o wystawienie dokumentu potwierdzającego uiszczenie opłaty za Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia w dziedzinie, w sesji wiosennej/jesiennej* 20 r.

Dokument proszę wysłać na adres:

.....

.....
Czytelny, własnoręczny podpis

* *niepotrzebne skreślić*