

....., 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 przebiegowanie opłaty egzaminacyjnej błędnie wniesionej za

.....
.....
*(należy podać rodzaj egzaminu: Państwowy Egzamin Specjalizacyjny/Państwowy
Egzamin Specjalizacyjny Diagnostów Laboratoryjnych/Państwowy Egzamin Specjalizacyjny
Farmaceutów/Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinach mających zastosowanie w
ochronie zdrowia)*

w dziedzinie w sesji wiosennej/jesiennej*
20..... r./ Lekarski Egzamin Końcowy/Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy w
terminie lutowym/wrześniowym* 20 r.

Proszę o przeniesienie ww. opłaty na właściwe subkonto CEM.

.....
Czytelny, własnoręczny podpis

* *niepotrzebne skreślić*