

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
PESEL

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

znak sprawy:
(wypełnia CEM)

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

**WNIOSEK
o korektę świadectwa**

Zwracam się o korektę świadectwa Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego uzyskanego po złożeniu egzaminu w terminie lutowym/wrześniowym* 20..... r.

Zwracam się o dokonanie następującej zmiany:

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

(należy podać błędną treść oraz treść prawidłową, która ma być zamieszczona na dyplomie)

W załączeniu przekazuję następujące dokumenty, potwierdzające zasadność dokonania korekty:

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

Skorygowane świadectwo proszę wysłać na adres:

.....

W załączeniu przesyłam oryginał błędnego dyplomu.
Przyjmuję do wiadomości, że w wypadku, gdy błąd nie był zawiniony przez CEM, za dokonanie korekty będzie pobrana opłata w wysokości 50 zł. Opłatę należy uiszczyć na następujących rachunek bankowy: **46 1010 0068 7900 9701 2345 9997, NBP O/Łódź**. Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie uiszczenia opłaty.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

* *niepotrzebne skreślić*

Wypełnia Centrum Egzaminów Medycznych

Błąd wymagający korekty był/nie był spowodowany przez CEM – opłata za korektę nie jest należna/jest należna*.

Dokonano korekty w dniu..... *

Sprawdzono pod względem
merytorycznym

.....
(data i podpis osoby sprawdzającej)

* niepotrzebne skreślić