

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
PESEL

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

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

WNIOSEK

o wydanie duplikatu świadectwa

Zwracam się o wydanie duplikatu świadectwa Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego uzyskanego po złożeniu egzaminu w terminie wiosennym/jesiennym* 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 następujących rachunek bankowy:

PL 54 1010 0068 7900 9801 2345 9998 NBP O/Łódź.

Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie uiszczenia opłaty.