

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
PESEL

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

znak sprawy:
(wypełnia CEM)

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

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

Zwracam się o wydanie duplikatu/odpisu* świadectwa Lekarskiego Egzaminu Końcowego uzyskanego po złożeniu egzaminu w terminie lutowym/wrzesniowym* 201..... 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:

30 1010 0068 7900 9501 2345 9995, NBP O/Łódź.

Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie uiszczenia opłaty.

Wypełnia Centrum Egzaminów Medycznych

Duplikat/odpis* wystawiono w dniu

Sprawdzono pod względem
merytorycznym

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