

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
PESEL

.....
Nr prawa wykonywania zawodu

.....
znak sprawy:
(wypełnia CEM)

.....
adres

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

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

**WNIOSEK
o zwolnienie z opłaty egzaminacyjnej za zgłoszenie
do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Farmaceutów**

Działając na podstawie art. 107r ust. 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944, z późn. zm.), w związku z nieprzystąpieniem w okresie stanu epidemii do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Farmaceutów

w dziedzinie

w sesji 20 r.

zwracam się o zwolnienie z opłaty egzaminacyjnej za zgłoszenie do w ww. egzaminu w sesji
..... 20 r.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy