

.....
imię i nazwisko

.....
miejscowość, data

.....
PESEL, a w przypadku braku,
data i miejsce urodzenia

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

znak sprawy:
(wypełnia CEM)

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

**WNIOSEK
o wydanie zaświadczenia o wyniku egzaminu**

Działając na podstawie art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 27 listopada 2024 r o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1897) zwracam się o wydanie elektronicznego zaświadczenia o wyniku Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego* uzyskanego po złożeniu egzaminu w terminie lutowym/wrześniowym* 20..... r.

Uzasadnienie

.....
.....
.....
(wskazać przyczynę utraty świadectwa)

Dokument proszę wysłać na adres poczty elektronicznej:

.....

.....
podpis Wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

Za wydanie zaświadczenia pobierana jest **opłata w wysokości 40 zł**. Opłatę należy uiścić na następujących rachunek bankowy: **46 1010 0068 7900 9701 2345 9997**, NBP O/Łódź.
Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie uiszczenia opłaty.