

.....  
*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 wydanie duplikatu/odpisu\* dyplomu**

Zwracam się o wydanie duplikatu/odpisu\* dyplomu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie.....  
uzyskanego po złożeniu egzaminu w sesji wiosennej/jesiennej\* 20..... r.

***Uzasadnienie***

.....  
.....  
.....  
*(wskazać przyczynę utraty dokumentu oryginalnego)*

Dokument proszę wysłać na adres:  
.....

.....  
*czytelny podpis Wnioskodawcy*

*\* niepotrzebne skreślić*

Za wydanie duplikatu albo odpisu dyplomu pobierana jest opłata w wysokości 50 zł. Opłatę należy uiścić na następujących rachunek bankowy:

**61 1010 1371 0070 8322 3100 0000, 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*)

\* niepotrzebne skreślić