

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*PESEL*

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

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

**WNIOSEK**

**o wydanie duplikatu świadectwa**

Zwracam się o wydanie duplikatu świadectwa Lekarskiego 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 38 1010 0068 7900 9601 2345 9996 NBP O/Łódź.**

Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie uiszczenia opłaty.