

.....  
*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 korektę świadectwa**

Zwracam się o korektę świadectwa Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego uzyskanego po złożeniu egzaminu w terminie lutowym/wrześniowym\* 20..... r.

Zwracam się o dokonanie następującej zmiany:

.....  
.....  
.....

*(należy podać błędną treść oraz treść prawidłową, która ma być zamieszczona na dyplomie)*

W załączeniu przekazuję następujące dokumenty, potwierdzające zasadność dokonania korekty:

.....  
.....  
.....

Skorygowane świadectwo proszę wysłać na adres:

.....

W załączeniu przesyłam oryginał błędnego dyplomu.

Przyjmuję do wiadomości, że w wypadku, gdy błąd nie był zawiniony przez CEM, za dokonanie korekty będzie pobrana opłata w wysokości 50 zł. Opłatę należy uiszczyć na następujących rachunek bankowy: **46 1010 0068 7900 9701 2345 9997, NBP O/Łódź**. Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie uiszczenia opłaty.

.....  
*czytelny podpis Wnioskodawcy*

*\* niepotrzebne skreślić*

***Wypełnia Centrum Egzaminów Medycznych***

Błąd wymagający korekty był/nie był spowodowany przez CEM – opłata za korektę nie jest należna/jest należna\*.

Dokonano korekty w dniu ..... \*

Sprawdzono pod względem  
merytorycznym

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

\* niepotrzebne skreślić