

.....  
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  
Al. Piłsudskiego 22  
90-051 Łódź**

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

Działając na podstawie art. 61 ust. 6 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2022 r. poz. 184, 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