

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
*PESEL**

.....
adres do korespondencji

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

Dyrektor
Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi
ul. Rzgowska 281/289
93-338 Łódź

WNIOSEK

o ponowne przesłanie świadectwa Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego / Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego**

Zwracam się o ponowne przesłanie świadectwa Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego / Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego**, który odbył się w terminie wiosennym /jesiennym** 20..... r.

Do wniosku załączam potwierdzenie wniesienia opłaty w wysokości 15 zł. Opłatę należy uiścić na następujących rachunek bankowy: 65 1010 0068 7900 9001 2345 9901, NBP

O/Łódź. Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie uiszczenia opłaty.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

* w przypadku braku numeru PESEL należy podać miejsce i datę urodzenia

** niepotrzebne skreślić