

.....  
*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  
ul. Rzgowska 281/289  
93-338 Łódź**

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

Działając na podstawie art. 30r ust. 7 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 849, z późn. zm.), w związku z nieprzystąpieniem w okresie stanu epidemii do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Diagnostów Laboratoryjnych

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*