

.....
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 w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie
zdrowia i zwrot wniesionej opłaty**

Działając na podstawie art. 30 ust. 5 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 1297), w związku z nieprzystąpieniem w okresie stanu epidemii do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia

w dziedzinie

w sesji 20 r.

zwracam się o zwolnienie z opłaty egzaminacyjnej za zgłoszenie do w ww. egzaminu w sesji 20 r.

Jednocześnie wnoszę o zwrot opłaty egzaminacyjnej za zgłoszenie do tego egzaminu uiszczony dnia w wysokości

Występuję o zwrot ww. opłaty na rachunek bankowy w banku

nr rachunku:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| | | - | | | | | - | | | | | | - | | | | | - | | | | | | - | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|

Przyjmuję do wiadomości, że zwrot może nastąpić wyłącznie na rachunek bankowy w banku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

Wypełnia Centrum Egzaminów Medycznych

CEM, działając na podstawie art. 405 i nast. Kodeksu cywilnego, dokonuje zwrotu opłaty egzaminacyjnej w wysokości zł (słownie), nienależnie wniesionej za zgłoszenie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia w dziedzinie w sesji w 20 r.

Kwota do zwrotu zł

Sprawdzono pod względem
merytorycznym

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

Zatwierdzam do wypłaty

.....
data i podpis Głównej Księgowej

.....
Data i podpis Dyrektora
Centrum Egzaminów Medycznych

Data dokonania przelewu:

.....
data i podpis pracownika SKiK