

Imię i nazwisko
Dokładny adres
.....
tel.

Warszawa, dnia

**DYREKTOR DEPARTAMENTU
WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA**

poprzez

**WYDZIAŁ KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO LEKARZY CKP
WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO
PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU BADAWCZEGO**

ul. Szaserów 128
04-141 Warszawa

P r o ś b a

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia dot. oceny z egzaminu specjalizacyjnego:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Dziedzina:

Nr dyplomu:

Data egzaminu:

Ww. zaświadczenie jest potrzebne w celu

.....
.....

.....
(podpis i pieczęć)

WYPEŁNIĆ PISMEM DRUKOWANYM