

.....
Imię i nazwisko

.....
Data urodzenia

.....
Miejsce urodzenia

.....
Adres miejsca zamieszkania

.....
Telefon

.....
Adres e-mailowy

**DYREKTOR DEPARTAMENTU
WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA**

poprzez

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

ul. Szaserów 128
04-141 Warszawa

PODANIE

Zwracam się o wydanie duplikatu dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu I^o/ II^o*
specjalisty w dziedzinie

nr dyplomu:

Kierownik specjalizacji:

Data egzaminu:

Uzasadnienie

.....
.....

(proszę wskazać przyczynę utraty dokumentu oryginalnego)

.....
(podpis i pieczętka)

* właściwe zaznaczyć w kółko