

..... dnia

miejsce

Imię i nazwisko, stopień:

.....
.....

Tytuł naukowy:

.....

Adres:

.....
.....

Telefon kontaktowy:

.....

PESEL:.....

**Wydział
Kształcenia Podyplomowego Lekarzy CKP
Wojskowego Instytutu Medycznego
Państwowego Instytutu Badawczego**

ul. Szaserów 128
04-141 Warszawa

Zwracam się z prośbą o przyjęcie kompletu dokumentów w celu potwierdzenia realizacji programu specjalizacji w dziedzinie

.....
podpis i pieczęć