Łódź, dnia ……………………………………………….

……………………………………………………….

 (Imię i Nazwisko)

……………………………………………………….

 (Adres i numer telefonu)

………………………………………………………

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Biuro Oddziału Kształcenia Podyplomowego**

Wydziału Farmaceutycznego

90-151 Łódź, ul. Muszyńskiego 1

Tel. 42/677-91-02, 42/677-93-05

**PODANIE O WYDANIE DUPLIKATU CERTYFIKATU**

Uprzejmie proszę o wystawienie duplikatu certyfikatu dla ………………………………………………………………

za kurs pt. …………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. symbol szkolenia ……………………………………………………… odbyty w dn. …………………………………………………… w ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (Miejsce szkolenia)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. (Powód wydania duplikatu)

Oświadczam, że dokument nie jest używany przez osoby trzecie.

………………………………………………………………….

 (Data i podpis)

Do pisma należy dołączyć ksero dowodu wpłaty. Koszt wystawienia 1 duplikatu – 5 zł.

Na dowodzie wpłaty w części TYTUŁEM prosimy o wpisanie **DUPLIKAT CERTYFIKATU**