



UNIWERSYTET
MEDYCZNY
W ŁODZI

Łódź, dnia

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Adres i numer telefonu)
.....

Centrum Kształcenia Podyplomowego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
90-151 Łódź, ul. Muszyńskiego 1
Tel. 42/677-91-02, 42/677-93-05

PODANIE O WYDANIE DUPLIKATU ZAŚWIADCZENIA

Uprzejmie proszę o wystawienie duplikatu certyfikatu dla.....za

kurs pt.....

symbol szkoleniaodbyty 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

Centrum Kształcenia Podyplomowego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

90-151 Łódź | ul. Muszyńskiego 1
tel. (042) 677 91 02, 677 93 05 | fax. (042) 677 91 03
www.okp.umed.pl

