

Łódź, dnia

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Adres)

.....

Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Dziekanat Wydziału Farmaceutycznego
Oddział Kształcenia Podyplomowego
ul. Muszyńskiego 1
90-151 Łódź

PODANIE O WYDANIE DUPLIKATU CERTYFIKATU

Uprzejmie proszę o wystawienie duplikatu certyfikatu za szkolenie

pt......

.....

symbol szkolenia..... **odbyty w dn.**

W

(Miejsce szkolenia)

.....

(Powód wydania duplikatu)

Oświadczam, że dokument nie jest używany przez osoby trzecie.

.....

(Data i podpis)