

WNIOSEK O WYDANIE LEGITYMACJI LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY
(WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Dane osoby wnioskującej

Tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/> Lekarz <input type="checkbox"/> Lekarz dentysta
Numer PWZ	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Adres korespondencyjny	
Telefon kontaktowy	

Uzasadnienie złożenia wniosku o legitymację

- Pierwsza legitymacja Kradzież legitymacji Zniszczenie legitymacji
 Aktualizacja danych Utrata legitymacji

Załączniki

- Aktualna fotografia w wersji papierowej o wymiarach 4 x 5,5 cm
 Aktualna fotografia w wersji cyfrowej, format JPG lub PNG, min. 280 x 320px
 Dotychczasowa legitymacja nr..... wystawiona przez.....

Podpis

Skan podpisu umieszczony zostanie na legitymacji. Podpis należy umieścić **wewnątrz ramki, nie wykraczając poza linię.**

Data złożenia wniosku

.....

Wypełnia WIL:

Numer wydanej legitymacji

Data wydania legitymacji