



Załącznik Nr 1

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

**Dyrektor
Medycznej Szkoły Policealnej
w Mińsku Mazowieckim
Ul. 1 PLM Warszawa 1
05-300 Mińsk Mazowiecki**

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej z powodu

.....
.....
.....

.....
(czytelny podpis)

Załączniki:

1. Potwierdzenie dokonania opłaty

Duplikat legitymacji – opłata skarbową 9,00 zł

**KTÓRE NALEŻY WPŁACIĆ NA KONTO:
09 1020 1026 0000 1302 0232 3384**