



Załącznik Nr 2

Mińsk Mazowiecki, dnia

.....
(nazwisko i imię)

.....
(ulica, nr domu i mieszkania)

.....
(nr kodu – miejscowość)

Tel.

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

Proszę o wydanie duplikatu świadectwa – dyplomu

wydanego przez.....
(nazwa szkoły)

.....w roku.

W/w świadectwo zostało wystawione dla
(nazwisko i imię)

Ur ., dnia roku, w

województwo.....

Do szkoły uczęszczał (a) w latach od do

Oryginał świadectwa uległ
(podać okoliczności zniszczenia, zagubienia)

Załączniki:

1.Potwierdzenie dokonania opłaty

**OPŁATA OD JEDNEGO DOKUMENTU
WYNOSI 26 zł
KTÓRE NALEŻY WPLACIĆ NA KONTO:
09 1020 1026 0000 1302 0232 3384**

.....
(podpis)