



Mińsk Mazowiecki,

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość)

.....
(kierunek)

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

WNIOSEK O WYDANIE MLEGITYMACJI

Zwracam się z prośbą o wydanie mLegitymacji. Tradycyjną wersję legitymacji otrzymałem/am

z numerem

.....
(czytelny podpis)