

.....  
Miejscowość                      data

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Telefon kontaktowy

.....  
Dziedzina specjalizacji

**Dyrektor Wydziału Zdrowia  
Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki  
w Bydgoszczy**

**WNIOSEK  
o wydanie zaświadczenia**

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia potwierdzającego, że .....

.....  
.....  
.....  
w celu .....

.....  
(podpis i pieczęć wnioskującego)