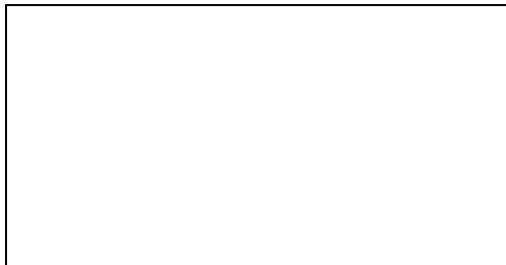


CENTRA EGZAMINACYJNE PL034, PL276

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*Pieczętka przychodni*

CENTRUM EGZAMINACYJNE:.....

EGZAMIN/SESJA:

NUMER KANDYDATA:

DATA :

Zaświadcza się, że Pan/Pani

Urodzony/urodzona dnia

Nie był/była w stanie przystąpić do egzaminu Cambridge English w dniach

Z powodów zdrowotnych

*Pieczętka i podpis lekarza***Wypełnia kandydat**

Imię i Nazwisko kandydata.....

Proszę o zwrot 90% kosztów egzaminu (do wyboru jedna z opcji):

 PRZELEWEM NA KONTO

Pełna nazwa banku.....

Numer konta:

Właściciel konta:

 GOTÓWKĄ W INTERNATIONAL HOUSE W BYDGOSZCZY W TORUNIU W INOWROCŁAWIU

Podpis kandydata

Niniejsze zaświadczenie należy dostarczyć osobiście lub pocztą w nieprzekraczalnym terminie 14 dni od daty egzaminu pisemnego do właściwego Centrum Egzaminacyjnego w Bydgoszczy lub Toruniu