

Kraków, dnia.....

.....  
Nazwisko i imię

.....  
Adres do korespondencji

.....  
Numer telefonu

.....  
Zawód

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

**Małopolska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Krakowie**

Wnoszę o wydanie duplikatu zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu  
pielęgniarki/pielęgniacza\*, położnej/położnego\*.

Wniosek motywuję tym, że zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu

nr..... wydane dnia.....

przez.....

utraciłam / łem \* w wyniku

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

.....  
Podpis

Załączniki:

- jedno zdjęcie o wymiarach 28 x 30 mm.

- zaświadczenie o opłacaniu składek na rzecz MOIPiP z ostatnich 3 lat

\_\_\_\_\_  
\* niepotrzebne skreślić