Opole, dnia

 (Imię i nazwisko lekarza)

 (Nr PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano

 numeru PESEL – nazwa, numer dokumentu tożsamości,

 nazwa państwa wydającego dokument)

 (data i miejsce urodzenia)

 (tel./email do kontaktu)

 (adres do korespondencji)

 **Marszałek Województwa Opolskiego**

 **ul. Piastowska 14**

 **45-082 Opole**

Zwracam się z prośbą o:

1. wpisanie do ewidencji lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań lekarskich kierowców i osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami;
2. wydanie zaświadczenia stwierdzającego uzyskanie uprawnień do przeprowadzania badań lekarskich kierowców i osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami.

Jako miejsce wykonywania ww. badań wskazuję:

 (Nazwa jednostki, adres)

 (Podpis lekarza)

Załączniki:

1.

2.

3.