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.