

Łódź, dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
imię ojca

.....  
miejsce urodzenia

.....  
adres

PESEL

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

Nr tel. ....

**Do Dyrektora  
Miejskiego Centrum Terapii  
i Profilaktyki Zdrowotnej  
im. bł. Rafała Chylińskiego  
w Łodzi**

Proszę o wystawienie zaświadczenia o niefigurowaniu w rejestrach Państwa placówki  
w celu przedłożenia w .....

Do odbioru zaświadczenia upoważniam:

.....  
(imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

Odbiorę osobiście

.....  
podpis osoby wnioskującej