

Łódź, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
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

[Wpisz tekst]