



A guarantee of success



CAMBRIDGE ENGLISH
Language Assessment

Authorised Centre

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wypełnia przychodnia

	data
pieczętka przychodni	
Zaświadcza się, że Pan/Pani	
Urodzony/a dnia	
Nie mógł/mogła przystąpić do egzaminu w dniach	
	pieczętka i podpis lekarza
Wypełnia kandydat	
Sesja	
Egzamin	
Nr kandydata	
Imię	
Nazwisko	
Proszę o zwrot 50% kosztów wniesionej przeze mnie opłaty za egzamin, w którym nie mogłem/am uczestniczyć z powodu choroby. W/w kwotę odbiorę w formie gotówki w siedzibie BRITISH CENTRE Autoryzowanym Centrum Egzaminacyjnym PL251.	
podpis Kandydata	

UWAGA! Niniejsze zaświadczenie lekarskie należy dostarczyć na adres BRITISH CENTRE w nieprzekraczalnym terminie 14 (czternastu) dni od daty egzaminu.