….…………………., dnia………………

 (Miejscowość)

……………………………….………………. (imię i nazwisko)

……………………………………..…………. (adres zamieszkania)

…………………………………………………. (nr PESEL, a w razie jego braku nazwa i nr dokumentu tożsamości)

…………………………………………………… (nazwa i miejsce wykonywania badań lekarskich)

…………………………………………… (numer telefonu kontaktowego)

**Marszałek
Województwa**

**Warmińsko-Mazurskiego**

**10- 562 Olsztyn**

**ul. Emilii Plater 1**

**Wniosek
o wpis do ewidencji uprawnionych lekarzy do przeprowadzania badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców**

Na podstawie art. 77 ust. 2 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami
(Dz. U. z 2015 r. poz. 155 późn. zm.) proszę o wpisanie do ewidencji uprawnionych lekarzy do przeprowadzania badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców.

…………………………………. (podpis i pieczątka lekarza)