

**WNIOSEK O PRYZNANIE WYRÓŻNIENIA
„ZASŁUŻONY NAUCZYCIEL LEKARZY”**

Imiona	Nazwisko
Data urodzenia	Imię ojca i matki
Miejsce zamieszkania	
Wykształcenie i stopnie/tytuły naukowe	
Miejsce pracy	Delegatura
Podmiot zgłaszający kandydata (członek/organ izby lekarskiej)	
..... podpis wnioskodawcy	

UZASADNIENIE:

Stanowisko Kapituły:

Decyzja Kapituły:

.....
Data

.....
pieczęć

.....
podpis