

Candidate's No.: PL..... /
(Nr Kandydata)
Name of Exam
(nazwa egzaminu)

STAMP OF CLINIC
(Pieczęćka Przychodni)

Date:

MEDICAL CERTIFICATE

(Zaświadczenie Lekarskie)

This is to certify that Mr/Ms
(Zaświadcza się, że Pan/Pani)

born on (day/month/year): / /19
(urodzony/a dnia)

was unable to sit the examination from till
(nie był/ła w stanie przystąpić do egzaminu w dniach od do)

.....
Doctor's stamp and signature
(Pieczęćka i podpis lekarza)

Imię i nazwisko; Nr kandydata:

..... PL /
Proszę o zwrot 60% kosztów egzaminu (do wyboru jedna z opcji):

PRZELEWEM NA KONTO:

Pełna nazwa banku:

Pełny numer konta:

Właścicielem konta jest:

PRZEKAZEM POCZTOWYM:

Imię i Nazwisko:

ulica nr domu nr mieszkania

kod pocztowy miasto:

.....
podpis

Medical certificates issued on a form supplied by the examination centre should be submitted according to the date stated in the Regulations to the: / Zwolnienia lekarskie, wystawione na tzw Formularzu Medycznym, należy dostarczyć w nieprzekraczalnym terminie wskazanym w regulaminie danej sesji egzaminacyjnej do:

British Council Examinations Services
Aleje Jerozolimskie 59
00-697 Warszawa