

Nazwa egzaminu \_\_\_\_\_

Sesja **Spring/Summer/Winter** \_\_\_\_\_ (rok)

Nr ośrodka PL \_\_\_\_\_ Nr Kandydata/Kandydatów \_\_\_\_\_

**Proszę o wystawienie rachunku uproszczonego (potwierdzenia wpłaty):**

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Miasto: \_\_\_\_\_

Dane kontaktowe (email/telefon): \_\_\_\_\_

**Adres do korespondencji:**

Ulica: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Miasto: \_\_\_\_\_

**Data odbioru osobistego** \_\_\_\_\_

(możliwy tylko w British Council w Warszawie w godz. 8:30 - 19:00 w recepcji na parterze)

**W załączeniu kserokopia dowodu wpłaty z czytelną datą stempla.**.....  
DATA.....  
PODPIS KANDYDATA**Uwaga:**

1. W przypadku odbioru osobistego rachunek zostanie wystawiony w przeciągu 7 dni roboczych od daty otrzymania formularza.

Niniejszy formularz wraz z kopią dowodu wpłaty proszę przesłać na adres:

**British Council - Examinations Services**

**Al. Jerozolimskie 59**

**00-697 Warszawa**