

CENTRUM EGZAMINACYJNE PL034**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE***Pieczętka przychodni*

MIEJSCE/MIASTO EGZAMINU.....

NAZWA EGZAMINU/SESJA:

NUMER KANDYDATA:

DATA EGZAMINU :

Zaświadcza się, że Pan/Pani

Urodzony/urodzona dnia

Nie był/była w stanie przystąpić do egzaminu Cambridge English w dniach

Z powodów zdrowotnych

*Pieczętka i podpis lekarza***Wypełnia kandydat (opiekun ustawowy kandydata niepełnoletniego)**

Imię i Nazwisko kandydata.....

Proszę o zwrot 90% podstawowej opłaty za Egzamin Cambridge English, w którym kandydat nie mógł uczestniczyć z powodów zdrowotnych.

Pełna nazwa banku.....

Numer konta:

Właściciel konta:

Data oraz odpis kandydata/opiekuna ustawowego

W nieprzekraczalnym terminie 7 dni od daty egzaminu pisemnego, wypełnione zaświadczenie należy dostarczyć osobiście lub przesłać pocztą do Centrum Egzaminacyjnego Cambridge English PL034 w Bydgoszczy lub do filii Centrum Egzaminacyjnego w Toruniu.

Akceptowane jest również przesłanie skanu zaświadczenia pocztą elektroniczną na adres email: exams@inhouse.pl