.……………………………… …………..…, dnia ……………………..

(imię i nazwisko)

……………………………………………………

(adres)

………………………………

(tel. kontaktowy)

**Marszałek Województwa Łódzkiego**

za pośrednictwem

**Departamentu Polityki Zdrowotnej**

**Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego**

**90-051 Łódź, Al. Piłsudskiego 8**

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

O WPISIE DO EWIDENCJI UPRAWNIONYCH LEKARZY

Wnoszę o wydanie zaświadczenia o wpisie do ewidencji uprawnionych lekarzy do przeprowadzania badań w celu ustalenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, prowadzonej przez Marszałka Województwa Łódzkiego pod numerem ………………………………………

**Administratorem danych osobowych jest Marszałek Województwa Łódzkiego. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych, w związku z przepisami ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami. Macie prawo Państwo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, sporządzania ich kopii oraz prawo ich sprostowania jeżeli są niezgodne ze stanem rzeczywistym, Klauzula informacyjna jest dostępna na stronie** [**www.bip.lodzkie.pl/departament-polityki-zdrowotnej/ewidencje**](http://www.bip.lodzkie.pl/departament-polityki-zdrowotnej/ewidencje)**.**

……………………………………………

podpis lekarza

Pouczenie:

Do wniosku należy załączyć dowód uiszczenia opłaty skarbowej za wydanie zaświadczenia (oryginał).