…………………….. , dnia…………………….

(Miejscowość)

……………………………………..……..  
(imię i nazwisko)

……………………………………………  
(adres zamieszkania)

…………………………………………....  
(nazwa i miejsce wykonywania badań lekarskich)

……………………………………..………  
(numer telefonu kontaktowego)

……………………………………………

(nr wpisu w ewidencji)

**Marszałek**

**Województwa Warmińsko-Mazurskiego**

**10-562 Olsztyn**

**ul. Emilii Plater 1**

**Wniosek o wykreślenie z ewidencji uprawnionych lekarzy wykonujących badania lekarskie osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców, prowadzonej przez Marszałka Województwa Warmińsko-Mazurskiego**

Stosowanie do art. 80 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 roku o kierujących pojazdami, zwracam się z prośbą o wykreślenie wpisu pod nr………………………z ewidencji uprawnionych lekarzy wykonujących badania lekarskie osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców, prowadzonej przez Marszałka Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Uzasadnienie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………  
(podpis wnioskodawcy)