

**WNIOSEK O NADANIE ODZNAKI HONOROWEJ
„ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA”**

Wnioskodawca: **WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**

Nazwisko i imię kandydata

Imię ojca

Data i miejsce urodzenia

Miejsce pracy *

Stanowisko

Uzasadnienie wniosku:

Wnoszę o nadanie odznaki honorowej „**ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA**”

.....
(data)

.....
(pieczęć)

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
(akceptacja Ministra)

Data nadania odznaki

*) Wypełnić w przypadku kandydata pozostającego w stosunku pracy