

Warszawa, dnia .....

stopień wojskowy.....

Nazwisko i imię.....

Imię ojca.....

Data urodzenia.....

Adres.....

.....

PESEL.....

Telefon.....

**WOJSKOWY KOMENDANT UZUPEŁNIENÍ  
WARSZAWA – PRAGA**

ul. Brechta 16  
00-987 Warszawa

**W N I O S E K**

UPRZEJMIE PROSZĘ O SKIEROWANIE NA KOMISJĘ LEKARSKĄ  
CELEM ZMIANY KATEGORII ZDROWIA DO CZYNNEJ SŁUŻBY  
WOJSKOWEJ Z POWODU:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ZAŁACZNIKI NA ..... STR.:

KOPIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ POTWIERDZAJĄCA ZMIANĘ STANU  
ZDROWIA

.....  
podpis wnioskodawcy