|  |
| --- |
| IMIĘ I NAZWISKO:  |
| ADRES: |
| PESEL. |
| TEL.: |

**INSTYTUT TRANSPORTU SAMOCHODOWEGO**

**W WARSZAWIE**

**PROŚBA**

BARDZO PROSZĘ O ZMIANĘ TERMINU EGZAMINU Z:

………………………………………………………………….………..………….( DATA I MIEJSCOWOŚĆ)

NA EGZAMIN KTÓRY SIĘ ODBĘDZIE W :

……………………………………………………………………..…………….…( DATA I MIEJSCOWOŚĆ)

……………………………………………………….

**DAIA I PODPIS**

**Wysłać scan na: transport@its.waw.pl**