

## Žádost o vrácení 50% poplatku za zkoušku – v případě nemoci v době konání zkoušky

Příjmení

Jméno

Datum narození

den	měsíc	rok
-----	-------	-----

Adresa

ulice	číslo
-------	-------

město	psč
-------	-----

telefon	Email
---------	-------

Identifikační čísla + název zkoušky

číslo centra	CZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	číslo kandidáta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--------------	---	-----------------	---

Název zkoušky	Termín zkoušky
---------------	----------------

**Pokud jste platili převodem, poplatek bude vrácen na účet, z kterého platba přišla. V případě, že jste platili kartou online, poplatek bude vrácen na bankovní účet, ke kterému karta patří.**  
**Pokud za vás poplatek za zkoušku platila firma, škola nebo jiná organizace, uveďte název organizace:**

### PODMÍNKY VRÁCENÍ 50% POPLATKU

1. O vrácení 50% poplatku za zkoušku může požádat kandidát, který se nemohl zúčastnit zkoušky z důvodu nemoci (tzn. vrácení 50% ze základní ceny zkoušky, která nezahrnuje poplatek za pozdní registraci).
2. Žádost o vrácení 50% poplatku spolu s lékařským potvrzením je třeba doručit nejpozději do sedmi pracovních dnů po termínu písemné zkoušky do centra, ve kterém jste se na zkoušku přihlásil/a.

Datum	Podpis kandidáta
-------	------------------