

.....  
*Miejscowość / Data*

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*Adres*

.....  
*Kod pocztowy/ miejscowość*

.....  
*NIP*

**Akademia Zdrowia Izabela Łajs  
Filia Kielce**

***Prośba o wystawienie faktury***

Proszę o wystawienie faktury za specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa

.....

za okres ....., na kwotę .....

Z poważaniem:

.....