

MINISTERSTWO ZDROWIA (16)*

Warszawa, rok – miesiąc – dzień(12)

.....(14)

Nazwa komórki organizacyjnej

.....

Znak sprawy

- 1. Pan/Pani(12)**
- 2. Imię i nazwisko**
- 3. Stanowisko służbowe**
- 4. Nazwa komórki organizacyjnej**
- 5. Adres w przypadku jednostek zewnętrznych**

.....

Adresat pisma

Treść pisma (12)

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

* oznaczenie rozmiaru trzcionki Times New Roman.