



# DYPLOM

WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

## GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem  
Medycyny Laboratoryjnej

\_\_\_\_\_ *imiona i nazwisko* \_\_\_\_\_  
urodzon \_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ r. w \_\_\_\_\_  
na podstawie przedłożonej rozprawy doktorskiej \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

i po zdaniu wymaganych egzaminów uzyskał \_\_\_\_\_ stopień naukowy

# DOKTORA

NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU

dyscyplina \_\_\_\_\_  
specjalność \_\_\_\_\_  
nadany uchwałą Rady Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej  
z dnia \_\_\_\_\_  
Promotor w przewodzie doktorskim \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Recenzenci w przewodzie doktorskim \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Gdańsk, dnia \_\_\_\_\_

Promotor

Dziekan

Rektor

podpis

pieczęć imienna i podpis

pieczęć imienna i podpis



Kwalifikacja pełna na poziomie  
ósmym Polskiej Ramy Kwalifikacji

Pieczęć  
urzędowa

Nr \_\_\_\_\_