



DYPLOM

WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa
i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej

_____ *imiona i nazwisko*

urodzon _____ dnia _____ r. w _____
na podstawie osiągnięcia naukowego _____

uzyskał _____ stopień naukowy

DOKTORA HABILITOWANEGO

NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU

dyscyplina _____
specjalność _____
nadany uchwałą Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny
Morskiej i Tropikalnej z dnia _____
Recenzenci w postępowaniu habilitacyjnym _____

Gdańsk, dnia _____

*Przewodniczący
Komisji habilitacyjnej*

Dziekan

Rektor

podpis

pieczęć imienna i podpis

pieczęć imienna i podpis



Nr _____