

GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY



DYPLOM

UKOŃCZENIA JEDNOLITYCH
STUDIÓW MAGISTERSKICH

ODPIS

WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Z SIEDZIBĄ W GDAŃSKU

Wydział Lekarski



DYPLOM

Nr dyplomu _____

Fotografia
45 x 65 mm

Pieczęć
urzędowa

Pan(i) _____

imiona i nazwisko

data urodzenia _____ r.

miejsce urodzenia _____

podpis posiadacza dyplomu

PRK VII

Kwalifikacja pełna na poziomie
siódmym Polskiej Ramy Kwalifikacji

ukończenia studiów w formie _____

na kierunku _____

o profilu kształcenia _____

w dyscyplinie _____

z wynikiem _____

i uzyskania w dniu _____ r.

tytułu zawodowego _____

Dziekan

lub osoba przez niego upoważniona

Rektor

lub osoba przez niego upoważniona

Pieczęć
urzędowa

pieczęć imienna i podpis

pieczęć imienna i podpis

Gdańsk, dnia _____

Miejsce na legalizację

Miejsce na apostille

Miejsce na apostille