

GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY



# DYPLOM

UKOŃCZENIA STUDIÓW  
DRUGIEGO STOPNIA

WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

# GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Z SIEDZIBĄ W GDAŃSKU

Wydział Farmaceutyczny



# 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*

*pieczęć imienna i podpis*

*Rektor*

*lub osoba przez niego upoważniona*

*pieczęć imienna i podpis*

Pieczęć  
urzędowa

Gdańsk, dnia \_\_\_\_\_

*Miejsce na legalizację*

*Miejsce na apostille*

*Miejsce na apostille*