



# DYPLOM HABILITACYJNY

WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**

Z SIEDZIBĄ W GDAŃSKU

**Rada Nauk Medycznych**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *imiona i nazwisko* \_\_\_\_\_

urodzon \_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ r. w \_\_\_\_\_

na podstawie osiągnięcia naukowego \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

uzyskał \_\_\_\_\_ stopień naukowy

## DOKTORA HABILITOWANEGO

NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU

dyscyplina \_\_\_\_\_

nadany dnia \_\_\_\_\_

Recenzenci w postępowaniu w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gdańsk, dnia \_\_\_\_\_

*Przewodniczący  
Rady Nauk Medycznych*

*Rektor*

*pieczęć imienna i podpis*

*pieczęć imienna i podpis*



Nr \_\_\_\_\_