

GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY



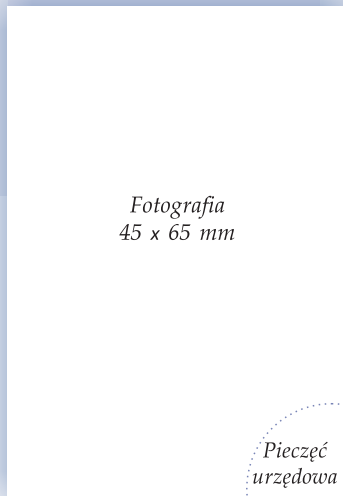
DYPLOM

UKOŃCZENIA STUDIÓW  
DRUGIEGO STOPNIA

(ODPIS)

WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Nr dyplomu \_\_\_\_\_



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

**GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**

**WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY  
Z ODDZIAŁEM MEDYCYNY LABORATORYJNEJ**



**DYPLOM**

ukończenia studiów w formie \_\_\_\_\_

na kierunku \_\_\_\_\_

w specjalności \_\_\_\_\_

w obszarze kształcenia \_\_\_\_\_

o profilu kształcenia \_\_\_\_\_

z wynikiem \_\_\_\_\_

i uzyskania w dniu \_\_\_\_\_ r.

tytułu zawodowego \_\_\_\_\_

*Kierownik podstawowej  
jednostki organizacyjnej*

*Rektor*

Pieczęć  
urzędowa

*pieczęć imienna i podpis*

*pieczęć imienna i podpis*

Gdańsk, dnia \_\_\_\_\_