

GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY



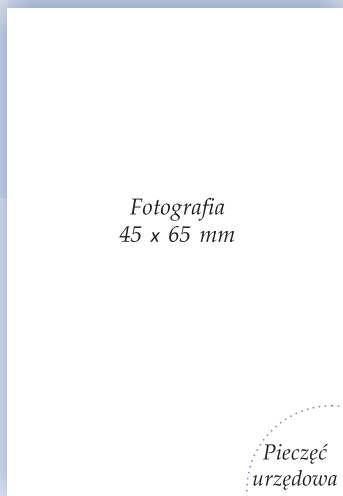
DYPLOM

UKOŃCZENIA STUDIÓW
DRUGIEGO STOPNIA

(ODPIS PRZEZNACZONY DO AKT)

WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Nr dyplomu _____



Pieczęć
urzędowa

Pan(i) _____

imiona i nazwisko

data urodzenia _____ r.

miejsce urodzenia _____

podpis posiadacza dyplomu

P R K 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 _____