



GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
Z SIEDZIBĄ W GDAŃSKU

DYPLOM

nr <0000000>

UKOŃCZENIA STUDIÓW <STOPIEŃ>

WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

<WYDZIAŁ>
<WYDZIAŁ 2>

Pani <imię i nazwisko>

urodzona dnia <00/00/0000>

miejsce urodzenia <miejsce urodzenia>

ukończyła studia <forma studiów>

na kierunku <kierunek>

o profilu kształcenia <profil>

w dyscyplinie/w dyscyplinie wiodącej <dyscyplina>

z wynikiem <ocena>

i otrzymała w dniu <00/00/2020>

tytuł zawodowy <tytuł>

Dziekan

Rektor

Pieczęć
urzędowa

pieczęć imienna i podpis

pieczęć imienna i podpis

GUMed



Kwalifikacja pełna na poziomie
Polskiej Ramy Kwalifikacji
i europejskich ram kwalifikacji

AA 0000000

Gdańsk, dnia 00.00.2020 r.