



UNIwersytet MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT BIAŁYSTOK

{nazwa wydziału}

DIPLOM

ÜBER DEN ABSCHLUSS {poziom studiów}

ABSCHRIFT

AUSGESTELLT IN DER REPUBLIK POLEN

Herr/Frau {imię/imiona i nazwisko}

geboren am {dzień-miesiąc-rok} in {miejsce urodzenia}

hat das {forma studiów}

in der Fachrichtung {nazwa kierunku}

Ausbildungsprofil: {nazwa profilu}

im Bereich {nazwa dyscypliny}

mit dem Ergebnis {wynik} abgeschlossen

und am {dzień-miesiąc-rok}

den Berufstitel {nazwa tytułu} erworben

*Namensstempel und Unterschrift
des Dekans*

AA 0000000

{znak graficzny poziomu
Polskiej Ramy Kwalifikacji}

{Dienstsiegel
der
Hochschule }

*Namensstempel und Unterschrift
des Rektors*

Diplom-Nr. {numer}

Białystok, den {dzień-miesiąc-rok}