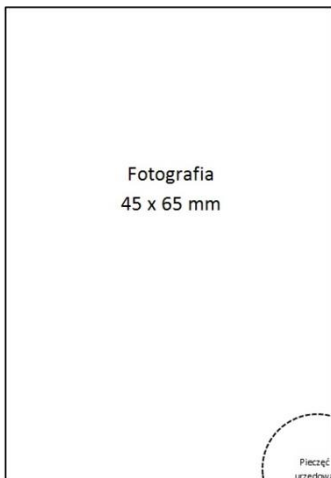


**UNIWERSYTET MEDYCZNY  
W BIAŁYMSTOKU**



**DYPLOM  
UKOŃCZENIA JEDNOLITYCH  
STUDIÓW MAGISTERSKICH**

**WYDANY  
W RZECZPOSPOLITEJ POLSKIEJ**



Pan(i).....  
(imię/imiona i nazwisko)

data urodzenia.....

miejsce urodzenia.....

.....  
(podpis posiadacza dyplomu)

Nr dyplomu.....

# UNIwersYTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU

.....  
(nazwa podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni)



## DYPLOM



Kwalifikacja pełna na poziomie  
siódmym Polskiej Ramy Kwalifikacji

ukończenia studiów w formie.....  
na kierunku.....  
w specjalności.....  
w obszarze nauk.....  
o profilu kształcenia.....  
z wynikiem.....  
i uzyskania w dniu.....r.  
tytułu zawodowego.....

Kierownik podstawowej  
jednostki organizacyjnej

Rektor

.....  
(pieczęć imienna i podpis)

.....  
(pieczęć imienna i podpis)



.....  
(miejscowość)

dnia.....r.



*Miejsce na legalizację*

*Miejsce na apostille*

*Miejsce na apostille*