

**UNIWERSYTET MEDYCZNY  
W BIAŁYMSTOKU**

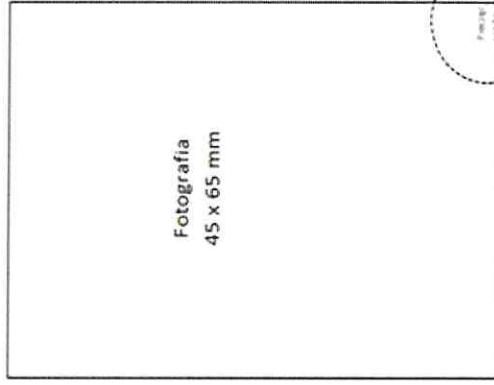


**DYPLOM  
UKOŃCZENIA STUDIÓW  
DRUGIEGO STOPNIA**

**WYDANY  
W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**



Kwalifikacja pełna na poziomie  
siódmym Polskiej Ramy Kwalifikacji  
i europejskich ram kwalifikacji



Pan(i).....  
(imiona i nazwisko)  
data urodzenia.....  
miejsce urodzenia.....

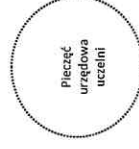
Nr dyplomu.....

**UNIwersYTET MEDYCZNY  
W BIAŁYMSTOKU**  
z siedzibą w Białymstoku



**DYPLOM**  
**UKOŃCZENIA STUDIÓW DRUGIEGO STOPNIA**

kierunek studiów.....  
forma studiów .....  
profil kształcenia.....  
dyscyplina.....  
wynik ukończenia studiów .....  
tytuł zawodowy.....  
uzyskany w dniu.....r.



Rektor

.....  
(pieczęćka imienna i podpis )

.....  
(miejscowość i data wydania dyplomu)

Strona 4, lewa

Strona 5, prawa

*Miejsce na legalizację*

Strona 6, lewa

*Miejsce na apostille*

Strona 7, prawa wewnętrzna (wyklejka)

*Miejsce na apostille*