



UNIWERSYTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU

[miejsce na logo innej uczelni/ instytutu wspólnie prowadzącego studia podyplomowe]

[NAZWA INNEJ UCZELI/INSTYTUTU WSPÓLNIE PROWADZĄCEGO  
STUDIA PODYPLOMOWE]

# ŚWIADECTWO

UKOŃCZENIA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH  
WYDANE W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Pan(i) [imię, drugie imię, nazwisko]

Urodzony(a) dnia [DD-miesiąc-RRRR] roku w [nazwa miejscowości]

Ukończył(a) w roku [RRRR] studia podyplomowe trwające [liczba] semestry

pn. [nazwa]

z wynikiem: [uzyskany wynik]

pieczęć  
urzędowa  
uczelni

pieczęć imienna i podpis kierownika  
podmiotu współprowadzącego studia  
lub osoby przez niego upoważnionej

A A 0000000

pieczęć  
urzędowa  
uczelni

pieczęć imienna i podpis  
Rektora UMB albo osoby przez niego  
upoważnionej

Nr świadectwa 00000

Białystok, dnia DD miesiąc RRRR roku

L.p.	Nazwa przedmiotu	Liczba godzin zajęć teoretycznych	Liczba godzin zajęć praktycznych	Liczba punktów ECTS
	Razem:			