UNIWERSYTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU

ŚWIADECTWO

UKOŃCZENIA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH

**ODPIS**

WYDANE W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Pan(i) {imię/imiona i nazwisko}

urodzony(a) dnia {dzień-miesiąc-rok} roku w {miejsce urodzenia}

ukończył(a) w roku {rok} studia podyplomowe trwające {cyfra} semestry

pn. {nazwa}

z wynikiem: {ocena słownie}

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*pieczątka imienna i podpis*

*Rektora* *UMB albo osoby przez niego upoważnionej*

Nr świadectwa {numer}

Białystok, dnia {dzień-miesiąc-rok} roku

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