



Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ŚWIADECTWO
UKOŃCZENIA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH
WYDANE W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Pan(i)

urodzony(a) w dniu r. w

ukończył(a) w roku – semestralne studia podyplomowe:
(liczba semestrów)

.....

z wynikiem



REKTOR

.....
(pieczęć i podpis)

Poznań, dnia r.

