

WZÓR

POTWIERDZENIE UKOŃCZENIA KURSU SPECJALIZACYJNEGO

Pani/Pan
(imię i nazwisko)

posiadająca/posiadający prawo wykonywania zawodu lekarza / prawo wykonywania zawodu
lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nr

w dniach/dniu
(data rozpoczęcia i zakończenia kursu specjalizacyjnego)

odbyła/odbył i zaliczyła/zaliczył kurs specjalizacyjny
.....
(tytuł kursu specjalizacyjnego)

organizowany przez
.....
(nazwa i siedziba jednostki organizacyjnej lub imię, nazwisko i adres osoby, która przeprowadziła kurs specjalizacyjny)

Kierownik naukowy kursu specjalizacyjnego:
.....
.....
(imię i nazwisko oraz tytuł zawodowy lub stopień naukowy, lub tytuł naukowy osoby,
która była kierownikiem naukowym kursu specjalizacyjnego)

Numer dokumentu: