

WZÓR

.....  
(pieczętka, nadruk albo naklejka jednostki szkolącej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego)

.....  
(miejsowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE**

NR ...../.....

**o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w zakresie**

.....  
(zakres tematyczny kursu kwalifikacyjnego)

Zaświadcza się, że Pani/Pan\* .....  
(imię/imiona i nazwisko)

posiadająca/posiadający\* numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty

w dniach od ..... do .....  
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

uczestniczyła/uczestniczył\* w kursie kwalifikacyjnym organizowanym przez

.....  
(nazwa i siedziba jednostki szkolącej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego)

i złożyła/złożył\* egzamin przed komisją egzaminacyjną z oceną pozytywną.

.....  
(pieczętka, nadruk lub naklejka i podpis kierownika jednostki szkolącej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego)

\* Niepotrzebne skreślić.