

POTWIERDZENIE UKOŃCZENIA KURSU

Pani/Pan (imię i nazwisko)
posiadająca/cy prawo wykonywania zawodu lekarza/prawo wykonywania zawodu lekarza
dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nr
w dniach/dniu (data rozpoczęcia i zakończenia kursu)
odbyła/odbył kurs (tytuł kursu)

.....
organizowany przez (nazwa i siedziba jednostki organizacyjnej)

.....
Prowadzący: (imię, nazwisko i adres osoby, która przeprowadziła kurs specjalizacyjny)

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

.....
numer dokumentu