



Minister
Zdrowia

CERTYFIKAT AKREDYTACYJNY

nr: .../...

Potwierdza się spełnienie przez

(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz numer księgi rejestrowej)

standardów akredytacyjnych dla

(wskazanie standardów akredytacyjnych dla określonego rodzaju działalności leczniczej albo zakresu świadczeń)

w zakresie działalności leczniczej

(wskazanie adresu i oznaczenia zakładu leczniczego lub zakładów leczniczych lub wskazanie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)

Minister Zdrowia

dokument podpisany elektronicznie/

.....
(data podpisu)

Certyfikat akredytacyjny ważny 4 lata od daty wystawienia