



# Warszawski Uniwersytet Medyczny

02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 61

tel. (0-22) 572-05-11

.....  
(pieczęć organizatora kursu)

## Zaświadczenie o udziale w kursie

.....  
(imię i nazwisko)

urodzony(a) w dniu .....  
numer prawa wykonywania zawodu: .....

uczestniczył(a) w kursie

.....  
(pełna nazwa kursu)

zorganizowanym przez .....

.....  
(nazwa Kliniki, Zakładu, Instytutu, itd.)

w okresie od dnia ..... do dnia .....

Liczba godzin zegarowych zajęć .....  
udokumentowana szczegółowym programem stanowiącym załącznik do niniejszego  
zaświadczenia

.....  
Kierownik naukowy kursu

.....  
(okrągła pieczęć WUM)

.....  
Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego

Nr zaświadczenia .....

.....  
(data wystawienia zaświadczenia)

**Uczestnikom szkolenia przysługuje ..... punktów edukacyjnych na podstawie Rozporządzenia  
Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku  
doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów**