



Warszawski Uniwersytet Medyczny

02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 61

tel.: (22) 572-05-11

.....
(pieczęć organizatora kursu)

Zaświadczenie o udziale w kursie

.....
(imię i nazwisko)

numer prawa wykonywania zawodu:
urodzony(a) w dniu

uczestniczył(a) w kursie

.....
(tytuł)

zorganizowanym przez

w okresie od dnia do dnia

.....
(okrągła pieczęć WUM)

.....
Kierownik naukowy kursu

Nr zaświadczenia.....

.....
Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego

.....
(miejsowość, data)