

CERTYFIKAT AKREDYTACYJNY

Potwierdza się spełnienie przez

.....
(nazwa podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych)

standardów akredytacyjnych

.....
(określenie rodzaju standardów akredytacyjnych, np.: dla podstawowej opieki zdrowotnej, dla leczenia szpitalnego)

w zakresie

.....
(określenie zakresu udzielonej akredytacji, np. nazwa zakładu leczniczego, miejscowość)



Minister Zdrowia

.....
(urzędowa pieczęć organu)*

.....
(podpis)

Certyfikat nr: .../...

Certyfikat ważny 3 lata od daty wystawienia

Data

* Wyłącznie w przypadku certyfikatów w wersji papierowej, opatrzonych podpisem odręcznym.