



DYPLOM

Pani/Pan
(imię i nazwisko)

numer prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry

po spełnieniu przesłanek określonych w art.16ra ust.5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.

o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z r. poz. z późn. zm.)

uzyskała/uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie

(pieczęć urzędowa Centrum Egzaminów Medycznych)

.....
(podpis Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych albo nadruk, albo naklejka zawierające imię i nazwisko oraz funkcję)

.....
(numer dyplomu)

.....
(miejsce i data wydania dyplomu)

cem

AA 000000