



# 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