



# UNIWERSYTET MEDYCZNY W LUBLINIE

WYDANE W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

## ŚWIADECTWO

*ukończenia studiów poddyplomowych*

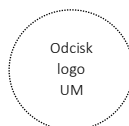
*..... nazwa studiów poddyplomowych. ....*

*PAN/I .....*

*urodzony/a.....w.....*

*ukończył/a w roku ..... - semestralne studia poddyplomowe*

*z wynikiem .....*



*KIEROWNIK STUDIÓW*

*podpis*

*(pieczętka imienna i podpis Kierownika studiów)*

*REKTOR*

*podpis*

*(pieczętka imienna i podpis Rektora)*

*Lublin, dnia .....*

*Nr świadectwa.....*

### WYKAZ ZAJĘĆ

L.p.	Nazwa przedmiotu	Liczba godzin zajęć teoretycznych	Liczba godzin zajęć praktycznych	Liczba punktów ECTS
	<b>Razem</b>			