

**ŚWIADECTWO**  
**ZŁOŻENIA FARMACEUTYCZNEGO EGZAMINU WERYFIKACYJNEGO**

**numer** .....

Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych stwierdza, że

Pani/Pan .....

posiadająca/posiadający nr PESEL\* .....

złożyła/złożył

Farmaceutyczny Egzamin Weryfikacyjny

w dniu ..... z wynikiem .....% (punktów ..... / możliwych .....)

Pieczęć okrągła Centrum Egzaminów Medycznych

Data wystawienia .....

Pieczętka, nadruk albo naklejka z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych oraz jego podpis\*\*

Pozytywny wynik Farmaceutycznego Egzaminu Weryfikacyjnego otrzymuje zdający, który uzyskał co najmniej 60% maksymalnej liczby punktów z testu.

Niniejsze świadectwo nie potwierdza uzyskania kwalifikacji do wykonywania zawodu farmaceuty.

\* W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzające tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz państwo wydania.

\*\* Albo odwzorowanie mechaniczne podpisu.