

.....
(pieczętka, nadruk albo naklejka jednostki szkolącej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE

NR/.....

o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w zakresie

.....
(zakres tematyczny kursu kwalifikacyjnego)

Zaświadcza się, że Pani/Pan*
(imię/imiiona i nazwisko)

posiadająca/posiadający* numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty
.....

w dniach od do
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

uczestniczyła/uczestniczył* w kursie kwalifikacyjnym organizowanym przez
.....
(nazwa i siedziba jednostki szkolącej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego)

i złożyła/złożył* egzamin przed komisją egzaminacyjną z oceną pozytywną.
.....
(pieczętka, nadruk lub naklejka i podpis kierownika jednostki szkolącej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego)

* Niepotrzebne skreślić.