

-WZÓR-

ŚWIADECTWO Nr

POTWIERDZAJĄCE UZYSKANIE UMIEJĘTNOŚCI Z ZAKRESU

.....
[NAZWA UMIEJĘTNOŚCI]

Centrum Egzaminów Medycznych stwierdza, że

PAN / PANI

legitymujący(a) się Prawem Wykonywania Zawodu Lekarza / Lekarza Dentysty

Nr

członek

nazwa okręgowej izby lekarskiej
[Wojskowej Izby Lekarskiej]

.....
numer rejestracyjny okręgowej izby lekarskiej
[Wojskowej Izby Lekarskiej]

złożył(a) egzamin potwierdzający zdobycie umiejętności

w dniu

z wynikiem

Pieczęć okrągła

Dyrektor
Centrum Egzaminów Medycznych

Data

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia2007 r. w sprawie w sprawie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr..., poz.....)