

WZÓR

.....
nazwa i adres organizatora kursu

**ZAŚWIADCZENIE
O UKOŃCZENIU KURSU W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ**

Pan(i)

posiadający(-ca) prawo wykonywania zawodu lekarza

numer

wydane przez

odbył(a) w dniach i ukończył(a) z wynikiem pozytywnym

kurs w dziedzinie medycyny rodzinnej

.....
data wydania zaświadczenia

.....
podpis z podaniem imienia i nazwiska
dyrektora organizatora kursu