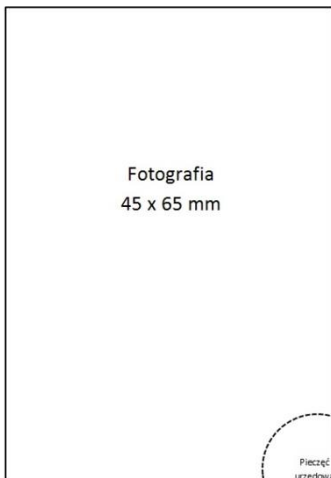


**UNIwersYTET MEDYCZNY
W BIAŁYMSTOKU**



**DYPLOM
UKOŃCZENIA STUDIÓW
PIERWSZEGO STOPNIA**

**WYDANY
W RZECZPOSPOLITEJ POLSKIEJ**



Pan(i).....
(imię/imiona i nazwisko)

data urodzenia.....

miejsce urodzenia.....

.....
(podpis posiadacza dyplomu)

Nr dyplomu.....

UNIwersYTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU

.....
(nazwa podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni)



DYPLOM

ukończenia studiów w formie.....
na kierunku.....
w specjalności.....
w obszarze nauk.....
o profilu kształcenia.....
z wynikiem.....
i uzyskania w dniu.....r.
tytułu zawodowego.....

Kierownik podstawowej
jednostki organizacyjnej

Rektor

.....
(pieczęć imienna i podpis)

.....
(pieczęć imienna i podpis)

.....
(miejscowość)



dnia.....r.

Miejsce na legalizację

Miejsce na apostille

Miejsce na apostille