

Załącznik nr 6 w poniższym brzmieniu wszedł w życie dnia **12.11.2019 r.** (Dz.U. z 2019 r. poz. 2062)

WZÓR

DYPLOM

Pani/Pan

urodzona(-ny) W

posiadająca(-cy) obywatelstwo

oraz numer prawa wykonywania zawodu farmaceuty

po zrealizowaniu programu szkolenia specjalizacyjnego w

i złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Farmaceutów z oceną

w dniu

przed Państwową Komisją Egzaminacyjną w trybie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2017 r. w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów (Dz. U. poz. 516, z późn. zm.)

uzyskała/uzyskał tytuł specjalisty

w dziedzinie

(pieczęć okrągła Centrum Egzaminów Medycznych)

.....
(pieczęć, nadruk lub naklejka Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z podaniem imienia i nazwiska, funkcji oraz podpis)

.....
(numer dyplomu)

.....
(miejsce i data wydania dyplomu)