

/papier firmowy organizatora/

.....
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE/DYPŁOM
POTWIERDZAJACE UCZESTNICTWO W SZKOLENIU LEKARZY
WETERYNARII**

Lekarz Weterynarii / i m i ę n a z w i s k o / o numerze prawa
wykonywania zawodu poprzez udział w szkoleniu:

Tytuł:

Data:

Miejsce:

na podstawie Decyzji nr/r r r r /KRLW Komisji ds. Kształcenia i Specjalizacji
Krajowej Rady Lekarsko–Weterynaryjnej uzyskał/a l i c z b a p u n k t ó w
punktów edukacyjnych

Podpis Organizatora/ów

.....