

POZNAŃSKA AKADEMIA MEDYCZNA NAUK STOSOWANYCH  
IM. KSIĘCIA MIESZKA I

# DYPLOM

UKOŃCZENIA STUDIÓW DRUGIEGO STOPNIA  
WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Imię/imiona i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Kierunek studiów \_\_\_\_\_  
Profil kształcenia \_\_\_\_\_  
Dyscyplina naukowa \_\_\_\_\_  
Forma studiów \_\_\_\_\_  
Wynik ukończenia studiów \_\_\_\_\_  
Tytuł zawodowy \_\_\_\_\_  
Data uzyskania tytułu zawodowego \_\_\_\_\_  
Numer dyplomu \_\_\_\_\_

REKTOR

pieczęć urzędowa  
Uczelni

pieczęć imienna i podpis

AA 0015744



Kwalifikacja pełna na poziomie  
siódmym Polskiej Ramy Kwalifikacji  
i europejskich ram kwalifikacji

miejsce i data wydania dyplomu