



# WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 61

tel.: 22 57 20 510

WARSZAWSKI  
UNIWERSYTET MEDYCZNY  
Wydział Lekarsko-Dentystyczny  
Katedra Protetyki Stomatologicznej  
.....ul. Nowogrodzka 69, Piwnik XIA, 02-006 Warszawa  
(pieczęć organizatora kursu)

## *Zaświadczenie o ukończeniu kursu do specjalizacji*

Pan(i)

***Wojciech Dąbrowski***

urodzony(a) dnia ***1989.08.09***

numer prawa wykonywania zawodu ***28881807***

był(a) słuchaczem kursu: ***Protetyka wieku rozwojowego***

nr kursu ***05-784/3-12-007-2017***

specjalizacja: ***Protetyka stomatologiczna***

organizator: ***Katedra Protetyki Stomatologicznej***

***Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego***

w okresie od dnia ***21 marca 2017 r.*** do dnia ***21 marca 2017 r.***



(okrągła pieczęć WUM)

***Kierownik naukowy kursu***

***Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska***

***Prodziekan Centrum  
Kształcenia Podyplomowego***

***Prof. dr hab. n. med. Maciej Słodkowski***

Nr zaświadczenia ***S1453/2017***

Warszawa, dnia ***21 marca 2017 r.***