

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

(nazwa uczelni)

II Wydział Lekarski, Oddział Fizjoterapii

(nazwa podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni)



DYPLOM

ukończenia studiów w formie ..... niestacjonarnej (zaocznej).....

na kierunku ..... Fizjoterapia.....

w specjalności .....

Z wynikiem ..... dobrym.....

i uzyskania w dniu ..... 1 lipca ..... 2013 ..... r.

tytułu zawodowego ..... magister.....

Kierownik podstawowej  
jednostki organizacyjnej

*Dzina Irina Kowalewska*

(pieczęć inwentarna i podpis)

*Dzina Irina Kowalewska*  
REKTOR  
Podcałtał med. Marek Krawczyk

(pieczęć inwentarna i podpis)

WARSZAWA

(miejscowość)

dnia 1 lipca 2013 ..... r.



Pan(i) ..... **Karol Filip**.....  
(imię i nazwisko)

data urodzenia ..... **31 października** ..... 1989 ..... r.

miejsce urodzenia ..... **Luków**.....

*Karol Filip*  
(podpis posiadacza dyplomu)

Nr dyplomu ..... 51235.....