

.....

((pieczęć jednostki w której odbywa się szkolenie))

ZAŚWIADCZENIE nr

**Potwierdzające odbycie szkolenia w zakresie zdrowia prokreacyjnego i standardów leczenia
niepłodności**

Pan/i

(imię (imiona) i nazwisko uczestnika szkolenia)

PESEL.....

Ukończył/a... ..

(pełna nazwa szkolenia)

zorganizowane przez

.....

(nazwa organizatora szkolenia)

w okresie od dnia r. do dnia r.

..... dnia r.

(miejscowość) (data wystawienia zaświadczenia)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika jednostki w
której odbywa się szkolenie)*