

.....
Miejsce, data

.....
Pieczęć poradni

**ZAŚWIADCZENIE O REALIZACJI STAŻU KIERUNKOWEGO
W AKADEMICKIM CENTRUM STOMATOLOGII
I MEDYCYNY SPECJALISTYCZNEJ SP. Z O.O.**

Niniejszym potwierdzam realizację stażu kierunkowego w dniach
w zakresie, zgodnie z programem specjalizacji w dziedzinie
..... przez

.....
Pieczęć i podpis Kierownika Poradni