



Wrocław .....

# ZAŚWIADCZENIE

Lek.med. ....

Uczestniczył/a w szkoleniu grupy peer-review:

*pt.*,.....”

**Przewodniczący spotkania**

**Lek.med. ....**

Uczestnictwo upoważnia do uzyskania.. .punktów edukacyjnych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października2004 w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków, a także Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia2016 zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków