



# WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 61

tel./fax (22) 572-05-11

## *Zaświadczenie o ukończeniu studiów podyplomowych*

Pan(i) *Aneta Barbara Ogrodowska*

syn(córka) *Franciszka*

urodzony(a) dnia *09.02.1976 r.*

ukończył(a) *trzysemestralne studia podyplomowe*

## *Medycyna estetyczna*

w okresie od *2 kwietnia 2016 r.* do *26 marca 2017 r.*

*Dziekan Centrum  
Kształcenia Podyplomowego*

*Prof. dr hab. Bolesław Samoliński*



.....  
(okrągła pieczęć WUM)

Nr zaświadczenia SP 47/2017

Warszawa, dnia *26 marca 2017 r.*