



STUDENCKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE

UNIWERSYTET MEDYCZNY W LUBLINIE

ul. Witolda Chodźki 9, pok. 4

20-093 Lublin

stn@umlub.pl



Lublin, dn.

Pieczęć STN

ZAŚWIADCZENIE

Studenckie Towarzystwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Lublinie zaświadcza,

że Pan/Pani*

.....
był/była* aktywnym członkiem Studenckiego Towarzystwa Naukowego

w latach akademickich/.....

**niepotrzebne skreślić*

Podpis i pieczęć Przewodniczącego STN

Podpis i pieczęć Opiekuna STN