



# TECHNOMED

ORGANIZACJA PRACODAWCÓW  
PRZEMYSŁU MEDYCZNEGO

Numer certyfikatu: .....

Data wydania i miejscowość:

.....

## CERTYFIKAT KWALIFIKACJI WOLNORYNKOWEJ

Niniejszym zaświadcza się, że Pani/Pan.....urodzona w dniu:

.....

posiada niezbędną wiedzę i umiejętności wymagane w ramach kwalifikacji wolnorynkowej **„Zaopatrywanie w sklepach w wyroby medyczne produkowane seryjnie”**.

Proces walidacji przeprowadzony w dniu ..... zakończył się wydaniem pozytywnej decyzji Komisji Walidacyjnej.

Okres ważności certyfikatu wynosi 5 lat od daty jego wydania.

Imię i nazwisko

OPPM Technomed



Kwalifikacja cząstkowa na poziomie piątym Polskiej Ramy Kwalifikacji i europejskich ram kwalifikacji

**Institucja certyfikująca: na podstawie decyzji Ministra Zdrowia z dnia 29.05.2025 r.**

**Organizacja Pracodawców Przemysłu Medycznego  
TECHNOMED**

Ul. Stefana Czarnieckiego 21/23 lok. 1, 01-548 Warszawa  
tel. + 48 538 498 111  
mail: [certyfikacja@technomed.org.pl](mailto:certyfikacja@technomed.org.pl)