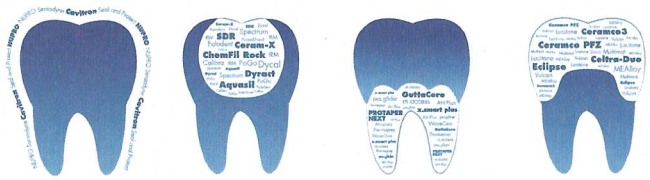

Delivering *EDUCATION* for better Dentistry

# CERTIFICATE OF PARTICIPATION

## Endodontyczne opracowanie kanału najnowszym systemem narzędzi recyprokalnych

**This certificate of participation is awarded to**

KAMILA SOŁTYS

In recognition of their commitment to continuing educational development for better dentistry on

PROFESSIONAL DENTSPLY DEVELOPMENT

Kol-Dental® Eksperci Profesjonalistom Plandent Division

Instructor
Clifford J. Ruddle, D.D.S

Signature
Clifford J. Ruddle DDS

Kraków, 5.10.2015 r.

DENTSPLY Academy

Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie: **68-000186-002-0095**

Delivering *EDUCATION* for better Dentistry

# CERTIFICATE OF PARTICIPATION

## Endodontyczne opracowanie kanału najnowszym systemem narzędzi recyprokalnych

**This certificate of participation is awarded to**

KAMILA SOŁTYS

In recognition of their commitment to continuing educational development for better dentistry on

PROFESSIONAL DENTSPLY DEVELOPMENT

Kal-Dental® Eksperci Profesjonalistom Pierrdent Division

Instructor
Clifford J. Ruddle, D.D.S

Signature
Clifford J. Ruddle DDS

Kraków, 5.10.2015 r.

DENTSPLY Academy

Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie: **68-000186-002-0095**

Delivering *EDUCATION* for better Dentistry

# CERTIFICATE OF PARTICIPATION

## Endodontyczne opracowanie kanału najnowszym systemem narzędzi recyprokalnych

**This certificate of participation is awarded to**

KAMILA SOŁTYS

In recognition of their commitment to continuing educational development for better dentistry on

Kol-Dental®
Eksperci Profesjonalistom
Plandent Division

Instructor
Clifford J. Ruddle, D.D.S

Kraków, 6.10.2015 r.

Signature
Clifford J. Ruddle DDS

DENTSPLY Academy

Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie: **68-000186-002-0095**

NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH KSZTAŁCENIE OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE

68 - 000076 - 002 - 0029

# ZAŚWIADCZENIE

KAMILA SOŁTYS

Uczestniczyła w kursie medycznym na temat

**„POLUBIĆ ENDODONCJĘ ... skuteczna endodoncja bez mikroskopu"**

**16.04.2016, Katowice**

NA PODSTAWIE ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA Z 6 PAŹDZIERNIKA 2004 R. W SPRAWIE SPOSOBU DOPEŁNIANIA OBOWIĄZKU DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW, UDOKUMENTOWANEJ LICZBY GODZIN UCZESTNICTWA W KURSIE

**LEKARZOWI DENTYŚCIE PRZYSŁUGUJĄ 3 PUNKTY EDUKACYJNE**

Dr n. med. Katarzyna Brus-Sawczuk
PODPIS KIEROWNIKA NAUKOWEGO

PODPIS PROWADZĄCEGO KURS

MM-DENT
*Magdalena Wiszniowska*
40-748 Katowice, ul. Fijewskiego 19
NIP 6342276228
tel. 32 206 27 79, 512 268 410
www.mmdent.com.pl
PIECZĄTKA ORGANIZATORA

PODPIS ORGANIZATORA

MICROJUMP

WARSZTATY DLA STUDENTÓW

# Kamila Sołtys

wykonał (-a) bezpieczny skok do świata pracy w powiększeniu
uczestnicząc w warsztatach praktycznych MicroJUMP
z wykorzystaniem mikroskopu.

Kraków, 1 czerwca 2013 r.

**Łukasz Markiewicz**
Prowadzący

WITAJ w ŚWIECIE
PRACY w POWIĘKSZENIU

**www.microjump.pl**

Organizator:

SELIGA MICROSCOPES

ul. Lechicka 23 • 91-230 Łódź
tel. 42 611 28 22 • biuro@seliga.pl

Dołącz do nas!
www.facebook.com/SeligaMicroscopes

**WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**

**02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 61**

**tel./fax: 22 572-05-11**

WARSZAWSKI
UNIWERSYTET MEDYCZNY
WYDZIAŁ LEKARSKO-DENTYSTYCZNY
Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia
ul. Miodowa 18, 00-246 Warszawa

(pieczęć organizatora kursu)

# *Zaświadczenie o ukończeniu kursu do specjalizacji*

Pan(i)

***Kamila Sołtys***

urodzony(a) dnia ***1990.08.22***

numer prawa wykonywania zawodu ***3124520***

był(a) słuchaczem kursu: ***Podstawy diagnostyki i leczenia niechirurgicznego w periodontologii***

nr kursu ***05-783/3-01-006-2017***

specjalizacja: ***periodontologia***

organizator: ***Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego***

w okresie od dnia ***25 września 2017 r.*** do dnia ***29 września 2017 r.***

(okrągła pieczęć WUM)

***Kierownik naukowy kursu***

***Prof. dr hab. n. med. Renata Górska***

***Prodziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego***

***Prof. dr hab. Maciej Słodkowski***

Nr zaświadczenia **S3062/2017**

Warszawa, dnia ***29 września 2017 r.***

Wrocław, 6.04.2013 r.

PTSS

# CERTYFIKAT

dla

Kamila Sołtys

za udział
w

UMW

## Międzynarodowym Kongresie "XV-lecie Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii" 5 - 7 kwietnia 2013 r., Wrocław

BE ACTIVE DENTIST

oraz

## Konferencji Rzecznika Praw Dziecka dotyczącej roli lekarza-dentysty w rozpoznawaniu objawów przemocy wobec dzieci

prof. dr hab. Marek Ziętek
JM Rektor Uniwerystetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

lek. dent. Maciej Michalak
Prezes Zarządu Fundacji Be Active

lek. dent. Sadri Rayad
Wiceprezydent PTSS

lek. dent. Jakub Łada
Prezes PTSS Oddział Wrocław

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2004 r., Nr 231, pozycja 2326) przyznaję posiadaczowi niniejszego certyfikatu punkty edukacyjne w liczbie 20 (dwudziestu)

www.beactivedentist.com

# III Ogólnopolska Konferencja Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii - Let's DENS, 23 - 24 listopada, Warszawa

# CERTYFIKAT

Kamila Sołtys

**był(a) uczestnikiem**
**III Ogólnopolskiej Konferencji**
**Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii w Warszawie**

MEDICAL
UNIVERSITY
OF WARSAW

**Prezes PTSS**
**Oddział Warszawa**

**Michał Dudziński**

**Patronat naukowy Konferencji**
**Prodziekan**
**ds. Oddziału Stomatologii WUM**

**prof. dr hab. n. med.**
**Elżbieta Mierzwińska - Nastalska**

**Warszawa 23-24.11.2012r.**

UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

pieczątka organizatora kursu

# ZAŚWIADCZENIE Nr 18/2018

## o ukończeniu kursu

**Lekarz** Kamila Sołtys

**Uczestniczył/a i zaliczył/a kurs specjalizacyjny**

**Nr kursu:** 05-783/3-10-003-2018

**Temat kursu**: Okluzja w periodontologii

**Kurs organizowany przez** Zakład Stomatologii Ogólnej, Poradnia Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**w czasie od** 04.06.2018 **do** 06.06.2018

**Sposób zaliczenia kursu:** kolokwium ustne

**KIEROWNIK NAUKOWY KURSU**

KIEROWNIK Poradni Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej

dr hab. n. med. Natalia Lewkowicz

**KIEROWNIK PLACÓWKI ORGANIZUJĄCEJ KURS**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny

02 Zakład Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej
001 Poradnia Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej
92-213 Łódź, ul. Pomorska nr 251
NIP: 728-22-46-128; REGON: 472147559
tel. 42 675 75 49