|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa szkolenia** | **Liczba**  **uczestników**  **szkolenia** | **Termin szkolenia**  Od dzień/m-c/rok  Do dzień/m-c/rok | **Zakres tematyczny zrealizowanego szkolenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………………

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/ Instytucji szkoleniowej