Wykonawca:

Adres:

**Przykładowy program szkolenia:**

*Wybierz element.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czas trwania(min.) | Element szkolenia (zgodnie z pkt. III OPZ) | Opis działania(zastosowane metody i materiały) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  *miejscowość i data* |  *podpis Wykonawcy* |
|  |  |