|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Temat** | **Forma zajęć (wykład/seminarium/**  **ćwiczenia/warsztat)** | **Termin realizacji i liczba godzin zegarowych** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **…** |  |  |  |

**Warunek uczestnictwa:** wstępny program szkoleń.

……….……………………………………………………………………………………………………………………………

Data i podpis osoby/osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy