

**Lista odbioru zaświadczeń/certyfikatów ukończenia szkolenia/ ~~zaświadczeń dla lekarzy/ zaświadczeń dla radców prawnych~~\*)**

Temat: \_\_\_\_\_

Data rozpoczęcia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_      Data zakończenia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Lp.	Nazwisko	Imię	Komórka organizacyjna	Potwierdzenie odbioru (podpis)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
...				

\*) Niepotrzebne skreślić