



Załącznik nr 5 do SIWZ
CAZ-633/01/01/AR/2014/ZP

HARMONOGRAM SZKOLENIA

Temat zajęć	Ilość godzin zegarowych		Termin przeprowadzenia zajęć		Imię i nazwisko wykładowcy lub instruktora	Wskazanie miejsca (lokalu) w przypadku gdy szkolenie będzie się odbywać w różnych miejscach
	Teoretycznych	Praktycznych	data	godziny od-do		

.....dnia,

.....
/pieczęć i podpis upoważnionego
przedstawiciela Wykonawcy/