DYPLOM UKOŃCZENIA SZKOLENIA BHP

# NINIEJSZYM POTWIERDZA SIĘ, IŻ pAN/PANI

<imie>

<nazwisko>

komisja egzaminacyjna w składzie : <komisja>

POSIADŁ WIEDZĘ DOTYCZĄCĄ ZAGADNIEŃ BHP W ZAKRSIE SZKOLENIA <TYP>

Date: <date> Specjalista ds. BHP

PROGRAM SZKOLENIA: