

CERTYFIKAT

UKOŃCZENIA KURSU



CENTRUM ROZWOJU KADR PROFESSIONAL GROUP

z siedzibą w Warszawie

Pan(i).....
(imię/imiona i nazwisko)

urodzony(a) w dniu

ukończył(a) kurs
(pełna nazwa kursu)

w wymiarze..... z wynikiem

Nr zaświadczenia:

(Pieczęć i podpis Dyrektora Instytucji
Szkoleniowej)

.....
(miejscowość, data)



CENTRUM ROZWOJU KADR
PROFESSIONAL GROUP
Monika Siwakowska
ul. Płucka 15, 02-470 Warszawa
NIP 626-154-31-75 REGON 364319870