*Załącznik Nr 9 do SIWZ*

***Dziennik zajęć***

**Szkolenie: …………………………………………………..…..(pełna nazwa)**

**Miejsce szkolenia:………………………………………………..(dokładny adres)**

**Wykładowca/trener:………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GODZINA** | **DZIEŃ TYGODNIA:****DATA:** | **Podpis wykładowcy** |
|  |  |  |
| OBECNI UCZESTNICY |  |
| **GODZINA** | **DZIEŃ TYGODNIA:****DATA:** | **Podpis wykładowcy** |
|  |  |  |
| OBECNI UCZESTNICY |  |