



Załącznik nr 3 do ZP. 271.2.14.2019

**WYKAZ PRZEPROWADZONYCH SZKOLEŃ  
ZGODNYCH Z PRZEDMIOTEM ZAMÓWIENIA**

„Terapia sensomotoryczna i korekta dysfunkcji ustno-twarzowych”

l.p.	Tytuł szkolenia	Nazwa Zamawiającego/Odbiorcy	Data wykonania zamówienia
1			

Data .....

.....  
*Pieczętka i podpis*