

.....
/pieczętka instytucji szkoleniowej/

HARMONOGRAM SZKOLENIA
(dla 1 grupy szkoleniowej)

„ABC Przedsiębiorczości”
/nazwa szkolenia/

Uwaga!

Zajęcia mogą być realizowane wyłącznie od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 15.00.

Lp.	Dzień szkolenia	Czas trwania zajęć* od godz. - do godz.	Liczba godzin	Temat zajęć edukacyjnych	Rodzaj zajęć (teoretyczne, praktyczne)	Imię i nazwisko prowadzącego szkolenie
1.	I dzień					
2.	II dzień					
3.	III dzień					
4.	IV dzień					

.....
/miejsowość, data/

.....
/czytelny podpis Wykonawcy lub osoby
upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/