

ZESTAWIENIE DOŚWIADCZEŃ TRENERSKICH:

L.p.	Termin	Zakres, tytuł / temat szkolenia	Klient	Funkcja	Liczba godzin szkoleniowych, dni oraz szacunkowa wielkość grupy	Łączna liczba godzin szkoleniowych
7.						
6						
5						
4						
3						
2						
1						