

Sucha Beskidzka 20.....r

Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej
34-220 Sucha Beskidzka, ul. Szpitalna 22

ZAŚWIADCZONE
o odbyciu szkolenia wewnątrzzakładowego

Zaświadcza się, że Pan/Pani.....
odbył/a w dniu szkolenie teoretyczne i praktyczne
w zakresie resuscytacji krążeniowo- oddechowej.

Przeprowadzający szkolenie:

.....

czytelny podpis