Załącznik nr 2

Pieczęć szkoły ……………………., …………
 miejscowość, data

………………………………………………………………………………………..jako Koordynator szkolny,
 imię i nazwisko
potwierdzam, że wykład oraz konsultacje w ramach programu „DERMOKOSMOS” finansowanego przez Powiat Cieszyński, w ramach zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia odbyły się zgodnie ze zgłoszeniem – załącznik nr 1.

 ……………………………………………………………..