Tytuł projektu **„CZAS NA NOWE MOŻLIWOŚCI”**

Nr umowy **RPLD.09.01.01-10-0030/21-00**

Nazwa Beneficjenta **AKADEMIA ZDROWIA IZABELA ŁAJS**

**Harmonogram**

**przeprowadzonych w ramach projektu form wsparcia**

**SZKOLENIE ZAWODOWE SPRZEDAWCA Z OBSŁUGĄ KAS FISLALNYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Godziny zajęć** | **Liczba godzindydaktycznych** | **Miejsce zajęć** |
| **12.06.2023** |  |  | **ŁÓDŹ, UL. ŁĄKOWA 4** |
| **13.06.2023** |  |  | **ŁÓDŹ, UL. ŁĄKOWA 4** |
| **14.06.2023** |  |  | **ŁÓDŹ, UL. ŁĄKOWA 4** |
| **15.06.2023** |  |  | **ŁÓDŹ, UL. ŁĄKOWA 4** |
| **16.06.2023** |  |  | **ŁÓDŹ, UL. ŁĄKOWA 4** |
| **19.06.2023** |  |  | **ŁÓDŹ, UL. ŁĄKOWA 4** |
| **20.06.2023** |  |  | **ŁÓDŹ, UL. ŁĄKOWA 4** |
| **21.06.2023** |  |  | **ŁÓDŹ, UL. ŁĄKOWA 4** |
| **22.06.2023** |  |  | **ŁÓDŹ, UL. ŁĄKOWA 4** |
| **23.06.2023** |  |  | **ŁÓDŹ, UL. ŁĄKOWA 4** |
| **26.06.2023** |  |  | **ŁÓDŹ, UL. ŁĄKOWA 4** |
| **27.06.2023** |  |  | **ŁÓDŹ, UL. ŁĄKOWA 4** |

|  |
| --- |
|  |
|  |