

MŁODZIEŻOWE

*Centrum Symulacji
BIŻNESU*



Młodzieżowe Centrum Symulacji Biznesu

Data: miejsce: Liczba godzin

Wsparcie indywidualne doradcy zawodowego dla:

.....

Imię i nazwisko

Predyspozycje zawodowe i umiejętności, udzielone poradnictwo

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis prowadzącego zajęcia podpis koordynatora.....



Zadanie pn. "Młodzieżowe Centrum Symulacji
Biznesu" zostało dofinansowane ze środków
Województwa Zachodniopomorskiego"

