

Wsparcie Adaptacyjności Małych Przedsiębiorstw

Projekt realizowany przy udziale Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL

DZIENNA KARTA PRACY

Nazwa Beneficjenta/Partnera:

Imię i Nazwisko osoby wypełniającej kartę:

Stanowisko: (np.trener, wykładowca)

Tytuł projektu: „WAMP Wsparcie Adaptacyjności Małych Przedsiębiorstw”

Numer projektu:

Miesiąc/rok:

Dzień	Godziny	Miejsce pracy	Opis czynności
Suma			

.....
Data, podpis osoby wypełniającej kartę

.....
Data, podpis Beneficjenta/Partnera

Wsparcie Adaptacyjności Małych Przedsiębiorstw

Projekt realizowany przy udziale Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL

DZIENNA KARTA PRACY

Nazwa Beneficjenta/Partnera:

Imię i Nazwisko osoby wypełniającej kartę:

Stanowisko:

Tytuł projektu: „WAMP Wsparcie Adaptacyjności Małych Przedsiębiorstw”

Numer projektu:

Miesiąc/rok:

Dzień	Godziny	Miejsce pracy	Opis czynności
Suma			

.....
Data, podpis osoby wypełniającej kartę

.....
Data, podpis Beneficjenta/Partnera