

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_



# Certyfikat

nr \_\_\_\_\_

## TRENER PERSONALNY WELLNESS

Zaświadczamy, że Pan

*Mariusz Wysocki*

ukończył kurs i otrzymał powyższy tytuł

AKADEMIA ZDROWIA  
FUNDACJA WELLNESS  
NUMER WPISU DO REJESTRU  
INSTYTUCJI SZKOLENIOWYCH:  
2.14/00408/2014



Dyrektor  
**Akademia Zdrowia  
Fundacja Wellness**  
*A. Matuszewski*