

# ZAŚWIADCZENIE

*Zaświadcza się, że Pan/Pani*

**Piotr Rusinek**


*ukończył(a) szkolenie:*

***Masaż funkcyjny, poprzeczny i inne techniki masażu wykorzystywane w fizjoterapii***

*Termin: 26 - 27.03.2011*

*Ilość godzin dydaktycznych: 18*

*Prowadzący szkolenie:*  
**dr n. med. Piotr Kwiatkowski**



**Warszawa, dn. 27.03.2011**

**Organizator:**  
**mgr Piotr Weppe**

**FT PLUS**  
Weppe Piotr  
80-839 Gdansk,  
Plac Obronców, Roczy Polskiej 8 / 3  
tel. 0 507 163 953  
NIP 583-278-03-76 Regon 220129249