

# FORMULARZ REKOMENDACJI PRACODAWCÓW LUB ZWIĄZKU BRANŻOWEGO

DANE PODMIOTU/INSTYTUCJI WYDAJĄCEJ CERTYFIKAT	
Nazwa Certyfikatu	Certyfikat potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych
Nazwa podmiotu wydającego certyfikat	MY LIFE SP. Z O. O.
Adres siedziby	UL. ARMII POZNAŃ 36, 62-200 GNIEZNO
Oświadczam, że akceptuję program i efekty kształcenia kursu, a dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji jest rozpoznawalny i uznawany w danej branży/sektorze.	
Nazwa kursu i kwalifikacji	
1.	Kurs Powder ombre brows

Ponadto oświadczam, że nie prowadzę walidacji lub certyfikacji ww. kwalifikacji oraz nie jestem powiązany ani z podmiotem, na rzecz którego wystawiam rekomendację oraz z instytucją walidującą lub certyfikującą ww. kwalifikację.

Dodatkowo oświadczam, że:\*

- jestem pracodawcą posiadającym stanowisko pracy stylisty brwi
- jestem w stanie zatrudnić absolwenta w/w kursu.

SALON KOSMETYCZNY  
„NATUREL M-PRO”  
MARIA PROKIPCHUK  
16.02.2022  
50-501 Rzeszów, ul. Rydyka 11, lok. 55  
NIP: 5170393509 REGON: 381046114  
Prokipchuk  
(data, podpis, pieczęć pracodawcy)

\*niepotrzebne skreślić

## FORMULARZ REKOMENDACJI PRACODAWCÓW LUB ZWIĄZKU BRANŻOWEGO

DANE PODMIOTU/INSTYTUCJI WYDAJĄCEJ CERTYFIKAT	
<b>Nazwa Certyfikatu</b>	Certyfikat potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych
<b>Nazwa podmiotu wydającego certyfikat</b>	<b>MY LIFE SP. Z O. O.</b>
<b>Adres siedziby</b>	<b>UL. ARMII POZNAŃ 36, 62-200 GNIEZNO</b>
Oświadczam, że akceptuję program i efekty kształcenia kursu, a dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji jest rozpoznawalny i uznawany w danej branży/sektorze.	
<b>Nazwa kursu i kwalifikacji</b>	
<b>1.</b>	<b>Kurs Powder ombre brows</b>

Ponadto oświadczam, że nie prowadzę walidacji lub certyfikacji ww. kwalifikacji oraz nie jestem powiązany ani z podmiotem, na rzecz którego wystawiam rekomendację oraz z instytucją walidującą lub certyfikującą ww. kwalifikację.

Dodatkowo oświadczam, że:\*

- jestem pracodawcą posiadającym stanowisko pracy stylisty brwi
- jestem w stanie zatrudnić absolwenta w/w kursu.

**STUDIO URODY**  
 Magdalena Lesiak - Marzeczek  
 ul. Armii Poznań 36, 62-200 Gniezno  
 NIP: 780-239-4400, REGON: 141734609  
 tel. 735 228 845

(data, podpis, pieczęć pracodawcy)



**FORMULARZ REKOMENDACJI PRACODAWCÓW LUB ZWIĄZKU  
BRANŻOWEGO**

<b>DANE PODMIOTU/INSTYTUCJI WYDAJĄCEJ CERTYFIKAT</b>	
<b>Nazwa Certyfikatu</b>	Certyfikat potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych
<b>Nazwa podmiotu wydającego certyfikat</b>	<b>MY LIFE SP. Z O. O.</b>
<b>Adres siedziby</b>	<b>UL. ARMII POZNAŃ 36, 62-200</b>
Oświadczam, że akceptuję program i efekty kształcenia kursu, a dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji jest rozpoznawalny i uznawany w danej	
<b>Nazwa kursu i kwalifikacji</b>	
<b>1.</b>	<b>Kurs Powder ombre brows</b>

Ponadto oświadczam, że nie prowadzę walidacji lub certyfikacji ww. kwalifikacji oraz nie jestem powiązany ani z podmiotem, na rzecz którego wystawiam rekomendację oraz z instytucją walidującą lub certyfikującą ww. kwalifikację.

Dodatkowo oświadczam, że:\*

- jestem pracodawcą posiadającym stanowisko pracy stylisty brwi
- ~~jestem w stanie zatrudnić absolwenta w/w kursu.~~

16.02.2024 *Maenna Słowik*  
(data, podpis, pieczęć pracodawcy)

*Maenna Słowik Makeup & Nails Artist*

*ul. Piłsudskiego 56*

*38-400 Krosno*

*NIP: 6842666180*

\*niepotrzebne skreślić

# FORMULARZ REKOMENDACJI PRACODAWCÓW LUB ZWIĄZKU BRANŻOWEGO

DANE PODMIOTU/INSTYTUCJI WYDAJĄCEJ CERTYFIKAT	
Nazwa Certyfikatu	Certyfikat potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych
Nazwa podmiotu wydającego certyfikat	MY LIFE SP. Z O. O.
Adres siedziby	UL. ARMII POZNAŃ 36, 62-200 GNIEZNO
Oświadczam, że akceptuję program i efekty kształcenia kursu, a dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji jest rozpoznawalny i uznawany w danej branży/sektorze.	
Nazwa kursu i kwalifikacji	
1.	Kurs Powder ombre brows

Ponadto oświadczam, że nie prowadzę walidacji lub certyfikacji ww. kwalifikacji oraz nie jestem powiązany ani z podmiotem, na rzecz którego wystawiam rekomendację oraz z instytucją walidującą lub certyfikującą ww. kwalifikację.

Dodatkowo oświadczam, że:\*

- jestem pracodawcą posiadającym stanowisko pracy stylisty brwi
- jestem w stanie zatrudnić absolwenta w/w kursu.

BEAUTY ROOM BY PAULA BAZAN  
NIP: 5170317448

16.02.2024r. Paula Bazan

(data, podpis, pieczęć pracodawcy)



# FORMULARZ REKOMENDACJI PRACODAWCÓW LUB ZWIĄZKU BRANŻOWEGO

DANE PODMIOTU/INSTYTUCJI WYDAJĄCEJ CERTYFIKAT	
Nazwa Certyfikatu	Certyfikat potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych
Nazwa podmiotu wydającego certyfikat	MY LIFE SP. Z O. O.
Adres siedziby	UL. ARMII POZNAŃ 36, 62-200 GNIEZNO
Oświadczam, że akceptuję program i efekty kształcenia kursu, a dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji jest rozpoznawalny i uznawany w danej branży/sektorze.	
Nazwa kursu i kwalifikacji	
1.	Kurs Powder ombre brows

Ponadto oświadczam, że nie prowadzę walidacji lub certyfikacji ww. kwalifikacji oraz nie jestem powiązany ani z podmiotem, na rzecz którego wystawiam rekomendację oraz z instytucją walidującą lub certyfikującą ww. kwalifikację.

Dodatkowo oświadczam, że:\*

- jestem pracodawcą posiadającym stanowisko pracy stylisty brwi
- jestem w stanie zatrudnić absolwenta w/w kursu.

15.02.24 r.

PREZES  
Fundacji „Prestige”  
mgr Barbara Żuk

(data, podpis, pieczęć pracodawcy)

Fundacja „Prestige”  
35-026 Rzeszów, ul. Reformacka 4  
NIP: 8133789812 • Regon: 381153317  
KRS: 0000744861

\*niepotrzebne skreślić