



შპს „ბათუმის ნავიგაციის სასწავლო უნივერსიტეტთან“
თანამშრომლობის დადასტურება
(პროფესიული საგანმანათლებლო პროგრამები)

ფაკულტეტი		აკადემიური წელი	
-----------	--	-----------------	--

ჩვენ, შპს „ბათუმის ნავიგაციის სასწავლო უნივერსიტეტის“ პროფესიული საგანმანათლებლო პროგრამების განმახორციელებელი პერსონალი, ხელმოწერით ვადასტურებთ მითითებულ აკადემიურ წელს შპს „ბათუმის ნავიგაციის სასწავლო უნივერსიტეტთან“ თანამშრომლობის მზაობას:

№	გვარი, სახელი	პირადი ნომერი	ტელ. ნომერი	თარიღი	ხელმოწერა
1.					
2.					