

Europejska Szkoła  
Terapii Naturalnych

Niepubliczna Placówka Oświatowa  
RSPO 481346, REGON 526956636  
96-300 Żyrardów, P. Wysockiego 30B

Pieczętka placówki kształcenia ustawicznego  
placówki kształcenia zawodowego lub ośrodka dokształcania i  
doskonalenia zawodowego

## ZAŚWIADCZENIE

o ukończeniu kursu, o którym mowa  
w art. 117 ust. 1a pkt 5 ustawy Prawo oświatowe

ESTN 012/2026

Nr .....

**Marta WIERZBICKA**

Zaświadcza się, że Pan/i .....

(Imię i Nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(miejsce urodzenia)

.....  
(nr PESEL)

**Akupunktura i procedury przeciwbólowe**

30

Ukończył/a kurs ..... w wymiarze ..... godzin  
(nazwa kursu)

Europejska Szkoła Terapii Naturalnych

Prowadzony przez .....

96-300 Żyrardów, ul. Piotra Wysockiego 30 B

Zaświadczenie wydano na podstawie § 23 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia  
6 października 2023 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych  
(tekst jednolity Dz.U. z 2023, poz. 2175)

Adamowizna 15.03.2026

.....  
(miejscowość, data)

Dyrektor ds szkoleń

*P. Halkiew*

Paweł Halkiew

.....  
(pieczętka i podpis dyrektora  
placówki kształcenia ustawicznego  
placówki kształcenia praktycznego lub  
ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)





Europejska Szkoła  
Terapii Naturalnych

Niepubliczna Placówka Oświatowa  
RSPO 481346, REGON 526956636  
96-300 Żyrardów, P.Wysockiego 30B

Pieczętka placówki kształcenia ustawicznego  
placówki kształcenia zawodowego lub ośrodka dokształcania i  
doskonalenia zawodowego

## ZAŚWIADCZENIE

o ukończeniu kursu, o którym mowa  
w art. 117 ust.1a pkt 5 ustawy Prawo oświatowe

ESTN 030/2026

Nr .....

**Marta WIERZBICKA**

Zaświadcza się, że Pan/i .....

(Imię i Nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(miejsce urodzenia)

.....  
(nr PESEL)

**Akupuntura- diagnostyka online**

80

Ukończył/a kurs ..... w wymiarze ..... godzin

(nazwa kursu)

Europejska Szkoła Terapii Naturalnych

Prowadzony przez .....

96-300 Żyrardów, ul. Piotra Wysockiego 30 B

Zaświadczenie wydano na podstawie § 23 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia  
6 października 2023 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych  
(tekst jednolity Dz.U. z 2023, poz. 2175)

Adamowizna 07.06.2026

.....  
(miejscowość, data)

Dyrektor ds szkoleń

*P. Halkiew*

Paweł Halkiew

.....  
(pieczętka i podpis dyrektora  
placówki kształcenia ustawicznego  
placówki kształcenia praktycznego lub  
ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)







Instytut  
Tradycyjnej Medycyny Chińskiej  
i Medycyny Integracyjnej

# DYPLOM

Ukończenia kursu

## PODSTAWY AKUPUNKTURY TEORIA I PRAKTYKA.

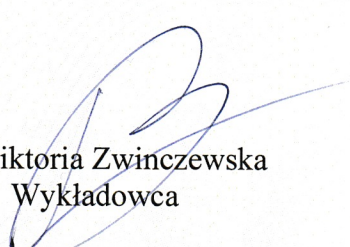
Niniejszym zaświadcza się,

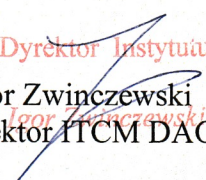
że Pan(i) Marta  
(imię/imiona)  
Wierzbicka  
(nazwisko)

uczestniczyła w kursie organizowanym przez ITCM DAO w Krakowie,  
w dniach 12-14.05.2025 r.

Ilość godzin szkoleniowych: 28



  
Wiktoria Zwinczewska  
Wykładowca

  
Dyrektor Instytutu  
Igor Zwinczewski  
Dyrektor ITCM DAO

Kraków, dnia 13 maja 2025 roku



**Europejska Szkoła  
Terapii Naturalnych**

Niepubliczna Placówka Oświatowa  
RSPO 481346, REGON 526956636  
96-300 Żyrardów, P.Wysockiego 30B

Pieczętka placówki kształcenia ustawicznego  
placówki kształcenia zawodowego lub ośrodka doksztalcania i  
doskonalenia zawodowego

## **ZAŚWIADCZENIE**

**o ukończeniu kursu, o którym mowa  
w art. 117 ust.1a pkt 5 ustawy Prawo oświatowe**

**ESTN 018/2026**

Nr .....

**Marta WIERZBICKA**

Zaświadcza się, że Pan/i .....

(Imię i Nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(miejsce urodzenia)

.....  
(nr PESEL)

**Akupunktura i choroby wewnętrzne**

**30**

Ukończył/a kurs ..... w wymiarze ..... godzin  
(nazwa kursu)

Europejska Szkoła Terapii Naturalnych

Prowadzony przez .....  
96-300 Żyrardów, ul. Piotra Wysockiego 30 B

Zaświadczenie wydano na podstawie § 23 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia  
6 października 2023 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych  
(tekst jednolity Dz.U. z 2023, poz. 2175)

Adamowizna 19.04.2026

.....  
(miejscowość, data)

**Dyrektor ds szkoleń**

*P. Halkiew*

**Paweł Halkiew**

.....  
(pieczętka i podpis dyrektora  
placówki kształcenia ustawicznego  
placówki kształcenia praktycznego lub  
ośrodka doksztalcania i doskonalenia zawodowego)





Pieczętka placówki kształcenia ustawicznego  
placówki kształcenia zawodowego lub ośrodka dokształcania i  
doskonalenia zawodowego

Cech Naturopatów i Hipnotyzerów posiada certyfikat Systemu  
Zarządzania Organizacją Edukacyjną wg ISO 21001:2018  
wydany przez Certika sp. z o. o.

# ZAŚWIADCZENIE

ESTN 001/2026

Nr .....

**Marta WIERZBICKA**

Zaświadcza się, że Pan/i .....

(Imię i Nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(miejsce urodzenia)

.....  
(nr PESEL)

## Akupunktura- igły, bańki, moksa

Ukończył/a kurs .....  
(nazwa kursu)

20-22.02.2026

30

Kurs prowadzony w terminie ..... w wymiarze ..... godzin

Podstawa prawna: Rozporządzenie MRiPS (Dz. U. z dnia 10 grudnia 2021 r., poz. 2285)

Zaświadczenie wydano zgodnie z § 71 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki  
Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i  
sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz.U. z 2014., poz.667)

Adamowizna 22.02.2026

.....  
(miejscowość, data)



Dyrektor ds szkoleń

*P. Halkiewicz*  
Paweł Halkiewicz

(pieczętka i podpis dyrektora ds. szkoleń  
Cechu Naturopatów i Hipnotyzerów)



**Europejska Szkoła  
Terapii Naturalnych**

Niepubliczna Placówka Oświatowa  
RSPO 481346, REGON 526956636  
96-300 Żyrardów, P.Wysockiego 30B

Pieczętka placówki kształcenia ustawicznego  
placówki kształcenia zawodowego lub ośrodka dokształcania i  
doskonalenia zawodowego

## ZAŚWIADCZENIE

o ukończeniu kursu, o którym mowa  
w art. 117 ust.1a pkt 5 ustawy Prawo oświatowe

ESTN 001/012/018/024/030/036/2026

Nr .....

**Marta WIERZBICKA**

Zaświadcza się, że Pan/i .....

(Imię i Nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(miejsce urodzenia)

.....  
(nr PESEL)

### Akupunktura

Ukończył/a kurs .....  
(nazwa kursu)

22.02-07.06.2026

230

Kurs prowadzony w terminie ..... w wymiarze..... godzin

### Akupunkturzysta

323001

Uzyskując tytuł w zawodzie ..... nr rej. zawodu .....

Podstawa prawna: Rozporządzenie MRiPS (Dz. U. z dnia 10 grudnia 2021 r., poz. 2285)

Europejska Szkoła Terapii Naturalnych

Prowadzony przez .....  
96-300 Żyrardów, ul.Piotra Wysockiego 30 B

Wpis do ewidencji niepublicznych szkół i placówek oświaty pozaszkolnej w  
Starostwie Pow. Żyrardowskiego Nr 05/2023, RSPO 481346

Zaświadczenie wydano zgodnie z § 71 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki  
Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i  
sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz.U. z 2014., poz.667)



Adamowizna 07.06.2026

.....  
(miejscowość, data)

Dyrektor ds szkoleń

*P. Halkiewicz*

Paweł Halkiewicz

.....  
(pieczętka i podpis dyrektora  
placówki kształcenia ustawicznego  
placówki kształcenia praktycznego lub  
ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)







Instytut  
Tradycyjnej Medycyny Chińskiej  
i Medycyny Integracyjnej

# DYPLOM

Ukończenia kursu

## PEŁNY KURS KOMPLEKSOWEGO LECZENIA BÓLU

Niniejszym zaświadcza się,

że Pan(i) Marta  
(imię/imiona)  
Wierzbicka  
(nazwisko)

uczestniczyła w kursie organizowanym przez ITCM DAO w Krakowie,  
w dniach 21-23.06.2025 r.

Ilość godzin szkoleniowych: 28



Daria Zwinczewska  
Wykładowca

Dyrektor Instytutu  
Igor Zwinczewski  
Dyrektor ITCM DAO

Kraków, dnia 22 czerwca 2025 roku





The Institute of  
Traditional Chinese Medicine  
and Integrative Medicine

# CERTIFICATE

This is to certify that

*Marta Wierzbicka*

has attended the course

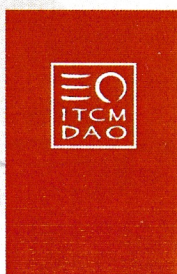
## FULL COURSE OF COMPREHENSIVE PAIN MANAGEMENT

on 21–23 june 2025

Number of study hours: 28



Daria Zwinczewska  
Lecturer



Dyrektor Instytutu

Igor Zwinczewski  
Director ITCM DAO



Europejska Szkoła  
Terapii Naturalnych

Niepubliczna Placówka Oświatowa  
RSPO 481346, REGON 526956636  
96-300 Żyrardów, P.Wysockiego 30B

Pieczętka placówki kształcenia ustawicznego  
placówki kształcenia zawodowego lub ośrodka dokształcania i  
doskonalenia zawodowego

## ZAŚWIADCZENIE

o ukończeniu kursu, o którym mowa  
w art. 117 ust.1a pkt 5 ustawy Prawo oświatowe

ESTN 024/2026

Nr .....

**Marta WIERZBICKA**

Zaświadcza się, że Pan/i .....

(Imię i Nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(miejsce urodzenia)

.....  
(nr PESEL)

**Akupunktura- aurikuloterapia**

30

Ukończył/a kurs ..... w wymiarze ..... godzin  
(nazwa kursu)

Europejska Szkoła Terapii Naturalnych

Prowadzony przez .....  
96-300 Żyrardów, ul. Piotra Wysockiego 30 B

Zaświadczenie wydano na podstawie § 23 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia  
6 października 2023 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych  
(tekst jednolity Dz.U. z 2023, poz. 2175)

Adamowizna 17.05.2026

.....  
(miejscowość, data)

Dyrektor ds szkoleń

*P. Halkiew*

Paweł Halkiew

.....  
(pieczętka i podpis dyrektora  
placówki kształcenia ustawicznego  
placówki kształcenia praktycznego lub  
ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)





# CERTYFIKAT

ZAŚWIADCZA SIĘ, ŻE PANI

*Marta Wierzbicka*

z powodzeniem ukończyła praktyczne szkolenie  
**AKUPUNKTURA KOSMETOLOGICZNA  
W MEDYCYNIE ESTETYCZNEJ**

„Naturalne techniki odmładzania twarzy, ciała  
i umysłu zgodnie z Medycyną Chińską.  
Terapia blizn i elementy aurikuloterapii.”

## **POZIOM PODSTAWOWY**

Łącznie 30 godz dydaktycznych w dniach 28-30 marca 2025



WARSZAWA, 30 marca 2025

CAROLINE MARTINE  
RYNKIEWICZ  
wykładowca



**Europejska Szkoła  
Terapii Naturalnych**

Niepubliczna Placówka Oświatowa  
RSPO 481346, REGON 526956636  
96-300 Żyrardów, P.Wysockiego 30B

Pieczętka placówki kształcenia ustawicznego  
placówki kształcenia zawodowego lub ośrodka doksztalcania i  
doskonalenia zawodowego

# ZAŚWIADCZENIE

o ukończeniu kursu, o którym mowa  
w art. 117 ust.1a pkt 5 ustawy Prawo oświatowe

ESTN 036/2026

Nr .....

**Marta WIERZBICKA**

Zaświadcza się, że Pan/i .....

(Imię i Nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(miejsce urodzenia)

.....  
(nr PESEL)

**Akupunktura- cellulit, stres, nałogi**

30

Ukończył/a kurs ..... w wymiarze ..... godzin  
(nazwa kursu)

Europejska Szkoła Terapii Naturalnych

Prowadzony przez .....

96-300 Żyrardów, ul. Piotra Wysockiego 30 B

Zaświadczenie wydano na podstawie § 23 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia  
6 października 2023 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych  
(tekst jednolity Dz.U. z 2023, poz. 2175)

Adamowizna 07.06.2026

.....  
(miejscowość, data)

**Dyrektor ds szkoleń**

*P. Halkiew*

**Paweł Halkiew**

.....  
(pieczętka i podpis dyrektora  
placówki kształcenia ustawicznego  
placówki kształcenia praktycznego lub  
ośrodka doksztalcania i doskonalenia zawodowego)





**Europejska Szkoła Terapii  
Naturalnych**

PL 96-300 Żyrardów, P.Wysockiego 30B  
RSPO 481346, REGON 526956636

**DYPLOM**

Niniejszym zaświadczamy, że Pan/Pani

**Marta WIERZBICKA**

.....

wziął/wzięła udział w kursie

**Akupunktura**

i w spójny sposób zademonstrował/a najwyższy  
poziom kompetencji i umiejętności, zdając egzamin teoretyczny  
i praktyczny przed Komisją Kursu

Kwalifikacje w zawodzie Akupunkturzysty Nr 323001



*P. Halas*

Adamowizna 07.06.2026

**Europejska Szkoła Terapii  
Naturalnych**

PL 96-300 Żyrardów, P.Wysockiego 30B  
RSPO 481346, REGON 526956636

**DIPLOMA**

Certifying that Mr/Mrs/Miss

**Marta WIERZBICKA**

.....

has successfully completed the Course

**Acupuncture medicine**

and has consistently demonstrated the highest degree  
of competency and skill before the  
Commission of Course

ISCO-08 3230 Traditional and complementary medicine  
associate professionals

