

---

# Krótkodźwigniowe Techniki Manipulacyjne

## Minimal Lever Mid-Range Manipulations

**Daryl Herbert** DO

---

Zaświadcza się, iż Pan / Pani  
This is to certify that Mr / Mrs

**Karol Filip**

Brał/-a udział w 8-dniowym, podyplomowym  
szkoleniu fizjoterapeutycznym, odbywającym się  
w Warszawie w dniach 6-9 marzec 2014 r. (Moduł A)  
oraz 3-6 lipiec 2014 r. (Moduł B).  
Szkolenie składało się z 70 godzin dydaktycznych.

Attended a postgraduate 8-days physiotherapy course  
in Warsaw, Poland on 6-9 March 2014 (Module A)  
and 3-6 July 2014 (Module B).  
The course contains 70 didactical hours.



**Daryl Herbert** DO  
Instruktor



**OFC Terapia Manualna s.c.**  
Dobrońskie, Bukowska, Karol Szapel  
ul. Polna 94 m. 27 (+48) 796 908 108  
02-219 Warszawa info@ofc.pl  
NIP: 525-351-5676 www.ofc.pl  
REGON: 141726294

**Karol Szapel** MSc PT MT CAFS  
Organizator / koordynator