

**Wykaz osób uprawnionych do wykonywania świadczeń**

**ZADANIE NR.....**

<b>LP.</b>	<b>Imię i Nazwisko</b>	<b>Numer prawa wykonywania zawodu</b>	<b>Kwalifikacje zawodowe</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

.....  
(podpis Przyjmującego zamówienie)