

Wykaz osób uprawnionych do wykonywania świadczeń

ZADANIE NR.....

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

.....
(podpis Przyjmującego zamówienie)