

### WYKAZ OSÓB

Nazwa wykonawcy .....

Adres wykonawcy .....

Miejscowo ..... Data .....

l.p	imi i nazwisko	zakres wykonywanych czynno ci	kwalifikacje zawodowe, do wiadczenie, wykształcenie	informacja o podstawie dysponowania
1				
2				
3				

.....  
Podpis Wykonawcy albo osoby lub osób uprawnionych  
o reprezentowania Wykonawcy,

Dom Pomocy Społecznej  
Ul. Folwark 20  
Go cieradów  
Tel.: 15 838 11 47  
Fax: 15 838 11 04  
e-mail: dpsg@wp.pl  
www.dpsgocieradow.pl

