

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu usług opieki wychnieniowej w ramach programu „Opieka wychnieniowa” z informacją o spełnieniu wymagań niezbędnych do zatrudnienia

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje, wykształcenie	Doświadczenie

....., dnia
(miejsowość, data)

.....
Czytelny podpis oferenta