

Wykonawca:

.....
(pieczęć Wykonawcy)

WYKAZ OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W REALIZACJI ZAMÓWIENIA

**Świadczenie usługi żywienia dla pacjentów Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego oraz
Oddziału Chirurgii Jednego Dnia SP ZOZ MSWiA w Koszalinie
- Przychodna w Słupsku, ul. Lelewela 58.**

Lp.	Stanowisko	Wykształcenie	Rodzaj i okres umowy na podstawie, której zatrudniony jest pracownik	Ilość lat posiadanego doświadczenia zawodowego na zajmowanym stanowisku

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)