

Dostawa wyżywienia dla
Zespołu Placówek Resocjalizacyjno – Socjoterapeutycznych w Oławie

Załącznik Nr 10 do SWZ

.....
(pieczęć Wykonawcy)

Wykaz osób przewidywanych do realizacji zamówienia

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje	Zakres wykonywanych czynności	Doświadczenie	Wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia	Informacja o postawie do dysponowania tymi osobami

.....
(Data, podpis i pieczęć Wykonawcy)