

.....  
(miejsowość i data)

.....  
.....  
.....  
(Nazwa adres wykonawcy)

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**„Zorganizowanie i realizacja kursu przedmedycznej pierwszej pomocy dla opiekunów osób niepełnosprawnych w ramach projektu „ BEZ BARIER”**

L.p.	Imię i Nazwisko	Wykształcenie i kwalifikacje

.....  
podpis osoby uprawnionej do reprezentacji  
Wykonawcy - ew. również pieczęć