

## WYKAZ OSÓB

L.P	Imię i Nazwisko	Wykształcenie (nazwa Uczelni, kierunek, data ukończenia)	Doświadczenie				Osoba przeznaczona do realizacji Tak/Nie
			Od -do	Nazwa podmiotu	Liczba godzin	informacja o grupie odbiorców usługi	

.....  
Miejscowość | data

.....  
Podpis wraz z pieczęcią osoby  
uprawnionej do reprezentowania  
Wykonawcy (lub czytelny podpis)