

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

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje, wykształcenie	Doświadczenie

....., dnia

(miejsowość, data)

.....

Czytelny podpis oferenta