

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
w Kwidzynie
ul. gen. Józefa Hallera 5**

Wykonawca:

.....

.....

Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: Realizacja programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 prowadzonego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie

[illegible]

* w kolumnie 2 należy wpisać czas trwania, rodzaj i formę zdobytego doświadczenia (forma - umowa o pracę, umowa o dzieło, umowa zlecenie, wolontariat, praktyka, inne)

.....

Podpis Wykonawcy