SDD/PR/PCNA/ZO/3/2017

 Załącznik nr 2

………………………………………..

………………………………………. ………………………………………..

 miejscowość, data

……………………………………….

Nazwa, adres Wykonawcy

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

Specjalistyczne usługi psychologiczne dla Uczestników Projektu pn.: „Poczekalnia –
czas na aktywność”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *LP* |  *IMIĘ I NAZWISKO* | *WYKSZTAŁCENIE*  |
| *1* |  |  |
| *2* |  |  |
| *3* |  |  |
| *4* |  |  |

Do wykazu należy dołączyć dyplom potwierdzający posiadane wykształcenie.

 ….………..….………………………………………………..

podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy