

Załącznik nr 10
do Rozzeznania cenowego pn „Świadczenie usług
Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej -edycja 2023”
w ramach Programu
Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby
niepełnosprawnej” – edycja 2023
przez Miejsko-Gminny Ośrodek
Pomocy Społecznej w Żurominie



**Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej**



WYKAZ OSÓB, KTÓRE UCZESTNICZYĆ BĘDĄ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA

Oświadczam , iż usługa będzie realizowana przez

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje	Doświadczenie

....., dn.

.....
(podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej)

