

**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	Doświadczeni

....., dnia .....

(miejscowość, data)

.....  
Czytelny podpis oferenta