

**WYKAZ OSÓB ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI**

- 1. Zamawiający: Centrum Aktywności Seniora 37 – 450 Stalowa Wola, ul. Al. Jana Pawła II 10
- 2. Wykonawca: .....
- 3. Przedmiot usługi:
- 4. Wykaz osób, które w imieniu Wykonawcy będą wykonywały Umowę

Imię i Nazwisko	Numer telefonu

.....  
.....  
Podpisy Przedstawicieli Wykonawcy