***Załącznik nr 4***

…………………………

data

**Wykaz osób świadczących usługę**

Oświadczam, że w moim imieniu usługę będą świadczyć następujące osoby, które spełniają warunku określone w Zapytaniu Ofertowym „**Świadczenie usług medycznych przez psychologa dla pacjentów hospicjum domowego na terenie Warszawy i pow.wołomińskiego**”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko osoby świadczącej usługę | Podać rodzaj wykształcenia psychologa |
|  |  |  |
|  |  |  |

…...……….……………..........…………………

pieczątka i podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy