**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu usług opieki wytchnieniowej w ramach programu "Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024
 z informacją o spełnieniu wymagań niezbędnych do zatrudnienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje, wykształcenie | Doświadczenie |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

..................………..........., dnia ...................… .....................................................

 *(miejscowość, data) Czytelny podpis oferenta*