

Catering dla pacjentów Centrum Terapii Nerwic w Mosznej

WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Lp.	Imię i Nazwisko	Zakres wykonywanych czynności	Kwalifikacje zawodowe – wykształcenie i uprawnienia	Doświadczenie zawodowe(*)		Podstawa dysponowania osobą
				okres: data od - do	Pracodawca (nazwa i siedziba)	
1.						
2.						
3.						

(*) Należy wskazać co najmniej 12-miesięczne doświadczenie w przygotowywaniu posiłków w trybie ciągłym (całodobowych), w ramach żywienia zbiorowego typu zamkniętego, dla średniomiesięcznej ilości osób nie mniejszej niż 50.

Miejscowość, data, podpis _____
(podpis Wykonawcy)