

Zamawiający
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
w Suwałkach
ul. Filipowska 20
16-400 Suwałki

Wykonawca

.....
.....
.....
.....
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności
od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)
reprezentowany przez:

.....
.....
(Imię, nazwisko, stanowisko do reprezentacji)

Wykaz osób przewidzianych do realizacji zamówienia

Lp.	Zakres czynności do wykonania w zamówieniu	Imię i nazwisko	doświadczenie/staż	Opis posiadanych uprawnień, kwalifikacji i wykształcenia	Podstawa do dysponowania osobą
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Oświadczam, iż osoby zatrudnione w grupie interwencyjne posiadają licencję oraz w razie nagłej potrzeby podejmą interwencję na wniosek pracownika ochrony w przeciągu 15 min.

Nr tel. do grupy interwencyjnej.....