

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

**WYKAZ OSÓB  
ŚWIADCZĄCYCH SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE  
DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W IMIENIU WYKONAWCY:**

1. ....
2. ....
3. ....

.....  
(podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)