

WYKAZ OSÓB

Osoby które będą świadczyć usługę odbioru i transportu zwłok z SPZOZ Krotoszyn II do chłodni.

L.p.	Imię i nazwisko	Nr dowodu osobistego	Wzór podpisu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
...			

....., dnia.....

.....

**(Pieczętka i podpisy osób upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy)**