

**WYKAZ OSÓB**

**Osoby które będą świadczyć usługę odbioru i transportu zwłok z SPZOZ Krotoszyn do chłodzi.**

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

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

.....

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