

**Dane Przyjmującego zamówienie:**

Nazwa.....

Adres:.....

Nr telefonu.....

e-mail.....

NIP:.....

REGON:.....

**WYKAZ PERSONELU**

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Nr prawa wykonywania zawodu	Zawód/Specjalność	Średniotygodniowy czas pracy w godzinach
1.					
2.					
3.					

(własnoręczny podpis osoby uprawnionej, lub opatrzony podpisem zaufanym, podpisem osobistym lub podpisem kwalifikowanym )