

.....
.....
.....
.....
nazwa/imię i nazwisko i adres oferenta

**Szkoła Podstawowa
z Oddziałami Integracyjnymi
im. Bohaterów Westerplatte
w Kielnie
ul. Szkolna 4
84-208 Kielno**

OPIS DOŚWIADCZENIA

OFERENTA*

OSOBY UDZIELAJĄCEJ ZASOBU*

Lp.	Doświadczenie (charakter wykonywanych czynności / działalności)	Termin realizacji (od MM/RRRR do MM/RRRR)	Zakład żywienia zbiorowego
1.			
2.			
3.			

Na potwierdzenie powyższego w załączeniu przedstawiam następujące dokumenty:

1.
2.
3.

Dnia

.....
/podpis Oferenta lub osób reprezentujących Oferenta/lub osoby udzielającej zasobu

* zaznaczyć właściwe