**Załącznik nr 2**

………………………………………………….

( miejscowość i data)

…………………………………………………..

…………………………………………………..

…………………………………………………..

(Nazwa adres wykonawcy)

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**,, Specjalistyczne poradnictwo psychologiczne dla beneficjentów projektu BEZ BARIER ”.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i Nazwisko** | **Wykształcenie i kwalifikacje** |
|  |  |  |

…………………….……………………………..

podpis osoby uprawnionej do reprezentacji

Wykonawcy - ew. również pieczęć