



WYKAZ ZREALIZOWANYCH USŁUG TRANSPORTU DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Lp.	Zakres przedmiotowy i data wykonania lub okres trwania usługi	Odbiorca	Wartość usługi

.....
*Data i podpisy osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*