Załącznik Nr 5

Wykaz zrealizowanych usług transportu dzieci niepełnosprawnych

Nazwa Wykonawcy ……

Adres Wykonawcy …….

Telefon…….. Faks……..

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