



DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

| Lp. | Nazwa jednostki administracji publicznej | Okres realizacji od -do |
|-----|--|----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

....., dnia

.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy

Centrum Usług Społecznych w Resku, ul. Boh. Monte Cassino 10, 72-315 Resko

Tel. 91 39 51 396, 537 837 839; fax. 91 39 51 205, E-mail: sekretariat@cus.resko.pl