........................................

(pieczątka Wykonawcy)

|  |
| --- |
| Dotyczy: Wyłonienie Operatora w badaniu naukowym projektu POLSENIOR2 *w ramach projektu: „Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem”- U M O W A nr 6/5/4.2/NPZ/2017/1203/12057 w ramach Narodowego Programu Zdrowia w zakresie punktu 4.2 Celu operacyjnego 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się.”* |

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

w okresie ostatnich 3 lat przed dniem wszczęcia niniejszego postepowania,

a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy to w tym okresie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot usługi/ nazwa projektu medycznego**(proszę opisać) | **Zakres wykonywanego badania**  | **Podać ilość uczestników badania**  | **Data****wykonania** | **Podmiot na rzecz którego usługa została wykonana**(nazwa, adres, telefon) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

**Uwaga:**

* 1. Do wykazu należy dołączyć dowody, czy usługi zostały wykonane należycie.

....................................... ………..……………………………………..

*miejscowo*ść*, data /upełnomocniony(ieni)*

 *przedstawiciel(e) Wykonawcy/*