ZP/26/2022 Załącznik nr 4

Nazwa Wykonawcy:

Adres:

NIP:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

**Dane Zamawiającego:**

**Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Wałbrzychu**

Adres: ul. Bolesława Chrobrego 31, 58-300 Wałbrzych

Dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie zapytania ofertowego na świadczenie usług kompleksowego zarządzania projektem współfinansowanym ze środków UE   
w ramach Osi priorytetowej XI „REACT-EU” Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020 pn. „Doposażenie i modernizacja pomieszczeń jednostki publicznej służby krwi jako niezbędne działania do zapobiegania, przeciwdziałania   
i zwalczania COVID-19 oraz innych chorób zakaźnych”.

**WYKAZ USŁUG**

**na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w postepowaniu:**

**– wiedza i doświadczenie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi/projektu/inwestycji | Wartość projektu | Zamawiający | Termin realizacji |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

**WYKAZ OSÓB**

**zdolnych do wykonania zlecenia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Funkcja i doświadczenie |
| 1. |  | **Kierownik projektu/koordynator projektu** |
| 2. |  | **Specjalista ds. rozliczeń** |
| 3. |  | **Specjalista ds. zamówień publicznych** |

....................................... ....................................... (miejscowość i data) (podpis elektroniczny osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)