Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego numer GAPR-EEN / 63 / 23 / W

## **WYKAZ USŁUG**

## **POTWIERDZAJĄCYCH KWALIFIKACJE ZAWODOWE I DOŚWIADCZENIE**

Składając ofertę na przeprowadzenie szkolenia pn. „Deklaracja zgodności i oznakowanie CE dla wyrobów medycznych” na potrzeby projektu „Enterprise Europe Network” finansowanego przez Unię Europejską w ramach Single Market Programme (SMP COSME) i budżetu państwa oświadczam, że spełniam warunek posiadania wiedzy i doświadczenia, co potwierdzam usługami wskazanymi w poniższej tabeli[[1]](#footnote-1).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Data wykonania**  **(mm-rrrr)** | **Ilość godzin** | **Nazwa odbiorcy zamówienia**  **(nazwa, adres, telefon)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

W celu potwierdzenia warunków określonych w punkcie II zapytania ofertowego, w załączeniu przedkładam następujące dokumenty (oryginalne lub poświadczone za zgodność przez osobę uprawnioną):

* CV osoby wskazanej do realizacji usługi szkolenia;
* potwierdzające kwalifikacje zawodowe (dyplomy i świadectwa potwierdzające wykształcenie wyższe, ukończone studia podyplomowe lub kursy specjalizujące z zakresu danego zamówienia);
* potwierdzające przeprowadzenie szkolenia we wskazanej w ofercie ilości oraz zakresie - referencje.

1. ………………………….
2. ………………………….
3. ………………………….
4. ………………………….
5. ………………………….
6. ………………………….
7. ………………………….

……………………………………………

data, podpis

1. Istnieje możliwość zwiększenia liczby wierszy w tabeli. [↑](#footnote-ref-1)