**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego**

**nr GAPR-SmartMed/…../24/W z dnia ………………………………..**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA OFERENTA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa Zamawiającego/**  **Zleceniodawcy** | **Zakres realizacji usługi doradczej** | **Termin realizacji usługi**  **(miesiąc, rok)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA PRACOWNIKA OFERENTA**

**……………………………………………………………….**

**(imię i nazwisko pracownika Oferenta)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa Zamawiającego/**  **Zleceniodawcy** | **Zakres realizacji usługi doradczej** | **Termin realizacji usługi**  **(miesiąc, rok)** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |

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

miejscowość, data /podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta/