**Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego**

**Nr postępowania: O.DZP.262.995.2024**

Nazwa i adres Wykonawcy: ………..z siedzibą w …………………..;

**NIP:…………………**

REGON:…………………

Numer KRS …………/ CEIDG ……………

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie zapytania ofertowego w przedmiocie: **badania jakościowego w oparciu o indywidualne wywiady pogłębione (IDI) wśród przedstawicieli świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej** w celu potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu (zgodnie z rozdziałem VI punkt 2 podpunkt 1a) oraz wykazania doświadczenia do kryterium oceny (zgodnie z rozdziałem X punkt 2 podpunkt 2)oświadczamy, że zrealizowaliśmy w ciągu ostatnich 5 lat następujące zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunek udziału w postępowaniu/ocena kryterium doświadczenie** | **Doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonania Zamówienia** | **Podmiot, na zlecenie którego usługa została wykonana (zleceniodawca)** | **Data wykonania**  *(od dd-mm-rrrr  do dd-mm-rrrr)* | **Czy zamówienie zostało zrealizowane przez podmiot udostępniający swoje zasoby Wykonawcy** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **6** | **7** |
|  | usługa odpowiadająca usługom stanowiącym przedmiot zamówienia, tj. doświadczenie w zakresie realizacji badań z użyciem metod jakościowych | 1 usługa:  Nazwa usługi: …………….  Zakres usługi: ……………………… |  | ***od*** *dd.mm.rrrr*  ***do*** *dd.mm.rrrr* | TAK/NIE\* |
|  | 2 usługa:  Nazwa usługi: …………….  Zakres usługi: ……………………… |  | ***od*** *dd.mm.rrrr*  ***do*** *dd.mm.rrrr* | TAK/NIE\* |
|  | 3 usługa:  Nazwa usługi: …………….  Zakres usługi: ……………………… |  | ***od*** *dd.mm.rrrr*  ***do*** *dd.mm.rrrr* | TAK/NIE\* |

*\*niepotrzebne skreślić*

Dokument podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym