Załącznik nr 8 do SWZ

MCPS-WZU/KBCH/351-44/2024 TP/U/S

Imię i nazwisko i/lub nazwa (firmy) Wykonawcy /Wykonawców występujących wspólnie:

Adres Wykonawcy:

NIP

REGON

**Wykaz w celu zdobycia dodatkowych pkt w kryterium nr 2 „Doświadczenie reżysera filmów/spotów”** (należy wypełnić dla każdego reżysera skierowanego do realizacji zamówienia)

IMIĘ I NAZWISKO REŻYSERA:

TYTUŁ NAGRODY BRANŻOWEJ (data otrzymania):

1.

2.

3.

4.

……..

**(miejscowość, data)**