**WYKAZ USŁUG**

Wykaz **międzynarodowyc**h badań klinicznych nad noworodkami, które monitorował Wykonawca.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Zamawiający**(nazwa i adres) | **Termin realizacji**(od – do) | **Wartość zamówienia netto w PLN** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Wykaz **nie sponsorowanych (akademickich)** badań klinicznych nad noworodkami, które monitorował Wykonawca .

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Zamawiający**(nazwa i adres) | **Termin realizacji**(od – do) | **Wartość zamówienia netto w PLN** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 …………………………………………………………………
 *podpis osoby upoważnionej*