## Załącznik nr 6 do SWZ

## WYKAZ USŁUG

Dotyczy zamówienia na Kompleksowy nadzór nad realizacją niekomercyjnego badania klinicznego pt. "Efekt sertraliny na objawy depresyjno-lękowe, dysfunkcję śródbłonka oraz biomarkery u pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową".

nr postępowania: **GUM2022ZP0028**

Nazwa (firma) i adres Wykonawcy/podmiotu trzeciego\* wykazującego spełnianie warunku udziału w postępowaniu dotyczącego wiedzy i doświadczenia: …………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Przedmiot usługi**  /*należy podać informacje pozwalające na ocenę czy wszystkie elementy doświadczenia opisanego w ogłoszeniu o zamówieniu i SWZ są spełnione – m.in. nazwa usługi, nazwa i numer niekomercyjnego badania klinicznego,* | **Nazwa i adres podmiotu (Sponsora), na rzecz którego usługa została wykonana** | **Liczba uczestników badania** | **Wartość wykonanej usługi (brutto)** | **Data wykonywania**  (data rozpoczęcia i zakończenia) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

Uwaga:

Do wykazu należy załączyć dowody potwierdzające, że usługi zostały wykonane należycie – numery EudraCT lub numery protokołów każdego zrealizowanego badania, referencje lub inne dokumenty.

\*) niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 6.1 do SWZ

## WYKAZ OSÓB

Dotyczy zamówienia na Kompleksowy nadzór nad realizacją niekomercyjnego badania klinicznego pt. "Efekt sertraliny na objawy depresyjno-lękowe, dysfunkcję śródbłonka oraz biomarkery u pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową".

nr postępowania: **GUM2022ZP0028**

Nazwa (firma) i adres Wykonawcy/podmiotu trzeciego\* wykazującego spełnianie warunku udziału w postępowaniu dotyczącego wiedzy i doświadczenia: …………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Imię i nazwisko, funkcja** | **Doświadczenie**  /należy podać *informacje pozwalające na ocenę czy wszystkie elementy doświadczenia opisanego w ogłoszeniu o zamówieniu i SWZ są spełnione – m.in. nazwy i numery badań klinicznych, opis badań klinicznych itp./* | **Liczba uczestników**  **badania** | **Zakres wykonywanych czynności / zadań w wymienionych badaniach klinicznych**/ Funkcja pełniona w realizacji zamówienia oraz opis zadań/ | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą**  /umowa o pracę, umowa zlecenie, *zobowiązanie innego podmiotu/* |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

Wykonawca, który polega na zdolnościach innych podmiotów, musi udowodnić zamawiającemu, że realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów, **w szczególności przedstawiając zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji** niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia.

\*) niepotrzebne skreślić