**Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego**

**Sprawa nr O.OZP.260.44.9.2022**

|  |
| --- |
| **WYKAZ WYKONANYCH BADAŃ** |

………………………………………………………………………

*(Nazwa i dane Wykonawcy)*

W celu potwierdzenia spełniania warunku udziału oraz w celu dokonania oceny w postępowaniu: oświadczamy, że zrealizowaliśmy następujące badania:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Warunek udziału w postępowaniu | Doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonania Zamówienia | Podmiot na zlecenie którego usługa została wykonana (zleceniodawca) | Data wykonania | Czy zamówienie zostało zrealizowane przez podmiot udostępniający swoje zasoby Wykonawcy |
|  | | | | | |
| 1. | * W ciągu ostatnich pięciu lat przeprowadzenie co najmniej 2 badania jakościowe tematycznie związane z promocją zdrowia, edukacją zdrowotną i korzystaniem z opieki medycznej. | **1 badanie**  Nazwa badania…………  Zakres badania …………… |  | Od dd.mm.rrrr  Do dd.mm.rrrr | TAK/NIE\* |
| **2 badanie**  Nazwa badania…………  Zakres badania …………… |  | Od dd.mm.rrrr  Do dd.mm.rrrr | TAK/NIE\* |
| **3 badanie**  Nazwa badania…………  Zakres badania …………… |  | Od dd.mm.rrrr  Do dd.mm.rrrr | TAK/NIE\* |
| **4 badanie**  Nazwa badania…………  Zakres badania …………… |  | Od dd.mm.rrrr  Do dd.mm.rrrr | TAK/NIE\* |
| **5 badanie**  Nazwa badania…………  Zakres badania …………… |  | Od dd.mm.rrrr  Do dd.mm.rrrr | TAK/NIE\* |
| 2. | * W ciągu ostatnich pięciu lat przeprowadzenie co najmniej 2 badania ilościowe tematycznie związane z promocją zdrowia, edukacją zdrowotną i korzystaniem z opieki medycznej wśród grup powyżej 500 osób | **1 badanie**  Nazwa badania…………  Zakres badania …………… |  | Od dd.mm.rrrr  Do dd.mm.rrrr | TAK/NIE\* |
| **2 badanie**  Nazwa badania…………  Zakres badania …………… |  | Od dd.mm.rrrr  Do dd.mm.rrrr | TAK/NIE\* |
| **3 badanie**  Nazwa badania…………  Zakres badania …………… |  | Od dd.mm.rrrr  Do dd.mm.rrrr | TAK/NIE\* |
| **4 badanie**  Nazwa badania…………  Zakres badania …………… |  | Od dd.mm.rrrr  Do dd.mm.rrrr | TAK/NIE\* |
| **5 badanie**  Nazwa badania…………  Zakres badania …………… |  | Od dd.mm.rrrr  Do dd.mm.rrrr | TAK/NIE\* |
| 3. | * W ciągu ostatnich pięciu lat przeprowadzenie minimum 2 badania dotyczące potrzeb szkoleniowych, ewaluacji szkoleń. | **1 badanie**  Nazwa badania…………  Zakres badania …………… |  | Od dd.mm.rrrr  Do dd.mm.rrrr | TAK/NIE\* |
| **2 badanie**  Nazwa badania…………  Zakres badania …………… |  | Od dd.mm.rrrr  Do dd.mm.rrrr | TAK/NIE\* |
| **3 badanie**  Nazwa badania…………  Zakres badania …………… |  | Od dd.mm.rrrr  Do dd.mm.rrrr | TAK/NIE\* |

*\*niepotrzebne skreślić*

Do niniejszego oświadczenia załączamy dowody potwierdzające należyte wykonanie zamówień.