***Załącznik nr 10***

…………………………………………….

(nazwa (firma) albo imię i nazwisko, siedziba albo miejsce zamieszkania i adres Wykonawcy )

Zamawiający: UNIWERSYTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU, ul. Jana Kilińskiego 1,15-089 Białystok

**WYKAZ USŁUG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot usługi: usługa konsultacji dydaktyczno-metodycznych z zakresu e-learningu | Liczba godzin konsultacji dydaktyczno-metodycznych z zakresu e-learningu dla grupy docelowej jaką są nauczyciele akademiccy | Data wykonania usługi | Odbiorca usługi (zamawiający) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot usługi: produkcji szkoleń e-learningowych lub opracowania informatyczno-graficznego materiałów do e-learningu | Data wykonania usługi | Wartość usługi | Odbiorca usługi (zamawiający) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

W celu weryfikacji czy wykazane usługi spełniają warunki określone w pkt. 2.4. XX części SWZ Zamawiający wymaga złożenia wraz z wykazem dowodów, że usługi zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane.

…………………………………………………………………………….

Podpis/y osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy wg zapisów właściwego rejestru np. Krajowego Rejestru Sądowego lub wypisu z ewidencji działalności gospodarczej (jeśli dotyczy)