Załącznik nr 2

##### Dotyczy: Dotyczy: postępowania ws. Usługa prawna w zakresie badań klinicznych i pozostałych eksperymentów medycznych\_Pełnomocnik ds. badań klinicznych

**WYKAZ USŁUG**

Lista ta może być wydłużona, jeśli zachodzi taka potrzeba.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot/zakres****usługi** | **Wartość wykonanych usług****brutto w PLN lub innej walucie** | Odbiorca/Zamawiający**(nazwa, miejscowość )** | Końcowa data wykonania**zamówienia/usługi****dd / mm / rrrr** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Dołączyć dowody określające czy usługi są lub zostały wykonane należycie.

Podpis Wykonawcy………………………………….

Data: ………………