***Załącznik nr 2 do SWZ***

**Formularz osobowy**

*dotyczy pola pn.: „Kryterium nr 2 (Kryterium jakościowe - organizacja, kwalifikacje zawodowe i doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia)” Formularza ofertowego*

**Nr sprawy:** **ABM-ZP-8/2022**

Zamawiający: **Agencja Badań Medycznych**

ul. Stanisława Moniuszki 1 A, 00-014 Warszawa

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ………………………………………………  ……………………………………………… |
| **Adres lub siedziba:** | ……………………………………………… |

*\*w przypadku oferty wspólnej należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców.*

Oświadczamy, że wyznaczona osoba do realizacji zamówiania w zakresie przeprowadzenia rozmowy z ekspertami posiada następujące doświadczenie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Osoba prowadząca rozmowę z ekspertami - moderator** | | | |
| ……………………………………………………..………………………………………….  (imię i nazwisko) | | | |
| **LP**. | Wydarzenia o charakterze konferencji/ webinarium/ szkolenia/ sympozjum/ kongresu/ gali/ jako moderator / host / prowadzący rozmowy z prelegentami | | |
| **Podmiot zlecający** | **Nazwa lub tytuł konferencji/ webinarium/ szkolenia/ sympozjum/ kongresu/ gali/** | **Data wykonania** |
| 1. | ………………  (nazwa i adres) |  | od …..…./……............  do …..…./……............ (miesiąc / rok) |
| 2. | ………………  (nazwa i adres) |  | od …..…./……............  do …..…./……............ (miesiąc / rok) |
| 3. | ………………  (nazwa i adres) |  | od …..…./……............  do …..…./……............ (miesiąc / rok) |
| 4. | ………………  (nazwa i adres) |  | od …..…./……............  do …..…./……............ (miesiąc / rok) |
| 5. | ………………  (nazwa i adres) |  | od …..…./……............  do …..…./……............ (miesiąc / rok) |
| 6. | ………………  (nazwa i adres) |  | od …..…./……............  do …..…./……............ (miesiąc / rok) |
| 7. | ………………  (nazwa i adres) |  | od …..…./……............  do …..…./……............ (miesiąc / rok) |

**Niniejszy formularz stanowi ofertę Wykonawcy, tym samym nie podlega zamianie ani uzupełnieniu.**

***Należy pamiętać o opatrzeniu Formularza kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym.***