***Załącznik nr 2 do SWZ***

**Formularz osobowy**

*dotyczy pola pn.: „Kryterium nr 2 (Doświadczenie konferansjera)” Formularza ofertowego*

**Nr sprawy:** **ABM-ZP-3/2023**

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 zamówienia w roli konferansjera posiada następujące doświadczenie:

|  |
| --- |
| **Konferansjer** |
| ……………………………………………………..………………………………………….(imię i nazwisko) |
| **LP**. | Wydarzenia o charakterze konferencji/ webinarium/ szkolenia/ sympozjum/ kongresu/ gali, w którym wskazana osoba brała udział jako moderator / host / konferansjer  |
| **Podmiot zlecający** | **Nazwa lub tytuł konferencji/ webinarium/ szkolenia/ sympozjum/ kongresu/ gali/ oraz rola (stanowisko) osoby biorącej udział w tym wydarzeniu** | **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.***