Zamawiający - Województwo Opolskie – Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego,
ul. Piastowska 14, 45-082 Opole. Nazwa nadana zamówieniu: „Ewaluacja Regionalnych Programów Zdrowotnych realizowanych w województwie opolskim”

Oznaczenie sprawy: **DOA-ZP.272.56.2022 - Załącznik nr 8 do SWZ – Wykaz usług**



Projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz środków budżetu województwa opolskiego w ramach pomocy technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020.

**WYKAZ USŁUG**

WYKONAWCA:

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(nazwa albo imię i nazwisko, siedziba albo miejsce zamieszkania, jeżeli jest miejscem wykonywania działalności Wykonawcy)

Reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………………………...................................................

**Warunek:**

Zamawiający wymaga, aby Wykonawca wykazał się doświadczeniem należytego wykonania, w okresie ostatnich siedmiu lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie dwóch usług w całości polegających na realizacji badania/ewaluacji/analizy/ekspertyzy w obszarze oceny wpływu krajowych i/lub regionalnych polityk publicznych z zakresu zdrowia ludności (np. krajowych/regionalnych programów zdrowotnych) na sytuację w obszarze zdrowia (tj. zmianę stanu zdrowia ludności w kraju/regionie/regionach i/lub zmiany w obszarze funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i usług zdrowotnych dla ludności w kraju/regionie/regionach) o wartości co najmniej 50 tys. zł brutto każda.

| **Lp.** | **PRZEDMIOT USŁUGI**(należy opisać lub zaznaczyć odpowiednie pole wyboru) | **WARTOŚĆ USŁUGI****brutto w zł**(każda co najmniej 50 000,00 zł brutto)  | **DATA WYKONANIA USŁUGI**(**od** dzień-miesiąc-rok **do** dzień-miesiąc–rok) | **PODMIOT NA RZECZ, KTÓREGO USŁUGA ZOSTAŁA / JEST WYKONANA / WYKONYWANA**(nazwa i adres podmiotu) |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Przedmiot usługi (proszę wpisać nazwę):………………………………………………Usługa w całości polegająca na realizacji\*: □ badania □ ewaluacji□ analizy□ ekspertyzy w obszarze oceny wpływu\*: □ krajowych i/lub □ regionalnych polityk publicznych z zakresu zdrowia ludności (np. krajowych/regionalnych programów zdrowotnych) na sytuację w obszarze zdrowia tj.\*: □ zmianę stanu zdrowia ludności w kraju/regionie/regionach i/lub□ zmiany w obszarze funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i usług zdrowotnych dla ludności w kraju/regionie/regionachZałączone dowody(proszę wymienić): …………………………………….(referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane) | ………………… zł | od…………………do………………… | …………………………… |
| 2 | Przedmiot usługi (proszę wpisać nazwę):………………………………………………Usługa w całości polegająca na realizacji\*: □ badania □ ewaluacji□ analizy□ ekspertyzy w obszarze oceny wpływu\*: □ krajowych i/lub □ regionalnych polityk publicznych z zakresu zdrowia ludności (np. krajowych/regionalnych programów zdrowotnych) na sytuację w obszarze zdrowia tj.\*: □ zmianę stanu zdrowia ludności w kraju/regionie/regionach i/lub□ zmiany w obszarze funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i usług zdrowotnych dla ludności w kraju/regionie/regionachZałączone dowody(proszę wymienić): …………………………………….(referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane) | ………………… zł | od…………………do………………… | …………………………… |

Objaśnienia:

\* zaznaczyć właściwe

- w wykropkowanych miejscach należy odpowiednio wypełnić wskazane informacje.