**Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego 02/WPD104/20****20**

#### ..................................., dnia .............. ............. roku

 *(miejscowość) (data)*

**WYKONAWCA:**

……………………………………….

*(Nazwa Wykonawcy / siedziba/ adres / NIP)*

**ZAMAWIAJĄCY:**

WPD Pharmaceuticals sp. z o. o.

ul. Żwirki i Wigury 101,

02-089 Warszawa,

**WYKAZ USŁUG**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wskazanie kliniczne | Faza badania | Ilość ośrodków | Okres realizacji usługi | Nazwa Zleceniodawcy (jeśli możliwe) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

 ........................., dnia .............. ............. roku ……..................................................

 *(miejscowość) (data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*