**Załącznik nr 9 do SIWZ**

**Znak sprawy MCPS.ZP/KM/351-7/2019/U**

**WYKAZ DANYCH DODATKOWYCH\*
*składany w celu przyznania dodatkowych punktów w kryterium nr 2***

**(wzór)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Rodzaj danych** | **Przedział czasowy****2015-2018** | **Źródło danych** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………….……......., dnia.......................r.

 *(miejscowość, data)*

 ………………………………………… *(*podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie*)*

\*Dodatkowe dane przedstawiane przez Wykonawcę w celu uzyskania dodatkowych punktów
w kryterium nr 2 muszą być związane z przedmiotem zamówienia i obejmować powinny obszary diagnozy problemów alkoholowych na terenie województwa mazowieckiego inne niż wskazane przez Zamawiającego w Opisie Przedmiotu Zamówienia rodzaje danych.