

Badanie *finansowane przez Agencję Badań Medycznych, Polska,*

 *numer Projektu* 2019/ABM/01/00058-00

 Załącznik nr 2 do APP\_366\_ABM11\_2021

**Wykaz osób odpowiedzialnych za realizację przedmiotu zamówienia ze strony Wykonawcy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stanowisko | Kwalifikacje i uprawnienia | Dane kontaktowe |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |