**5. számú melléklet**

(word formátumban is csatolásra kerül)

**NYILATKOZAT AZ ALKALMASSÁGI KÖVETELMÉNYEKKEL KAPCSOLATBAN**

**„Interreg ROHU00259 IPOP pályázathoz kapcsolódó fordítás és tolmácsolási ellátása”**

Alulírott …………………………….…….. mint a(z) ……………………………… *(Ajánlattevő megnevezése)* ajánlattevő képviseletében ***„*A Hódmezővásárhelyi-Makói Egészségügyi Ellátó Központ intézménynél Interreg ROHU00259 IPOP pályázathoz kapcsolódó fordítás és tolmácsolási feladatok ellátása”** tárgyában megindított beszerzési eljárásával összefüggésben

nyilatkozom,

hogy az ajánlattevő az ajánlattételi felhívás megküldésének napját megelőző 5 évben (60 hónap) teljesített minimum egy angol-magyar-angol és egy román-magyar-román konszekutív vagy szinkron tolmácsolást a megajánlott szakemberek egyikétől, amennyiben egy szakember mindkét nyelvről rendelkezik végzettséggel akkor ugyan az a szakember is biztosíthat referenciát:

1. **Angol-magyar-angol nyelvpár**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sorszám** | **Szolgáltatás tárgya** **az alkalmassági minimumkövetelmény szerinti tartalommal** | **A bevont szakember neve**  (csak a 6. számú mellékletben megajánlott szakemberek közül) | **A tolmács szolgáltatás jellege**  **(konszekutív és szinkron tolmácsolás)** | **A szolgáltatás mennyisége** | **Teljesítés helye, Teljesítés ideje**  **év/hónap/nap;**  **kezdő és befejező időpont** | **Szerződést kötő másik fél neve, székhelye, kapcsolattartó neve, e-mailes és telefonos elérhetősége** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |

1. **Román-magyar-román nyelvpár**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sorszám** | **Szolgáltatás tárgya** **az alkalmassági minimumkövetelmény szerinti tartalommal** | **A bevont szakember neve**  (csak a 6. számú mellékletben megajánlott szakemberek közül) | **A tolmács szolgáltatás jellege**  **(konszekutív és szinkron tolmácsolás)**  **Értékelési szempont** | **A szolgáltatás mennyisége** | **Teljesítés helye, Teljesítés ideje**  **év/hónap/nap;**  **kezdő és befejező időpont** | **Szerződést kötő másik fél neve, székhelye, kapcsolattartó neve, e-mailes és telefonos elérhetősége** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |

Nyilatkozom, hogy a szerződés teljesítése az előírásoknak és a szerződésben foglaltaknak megfelelően történt.

Keltezés (helység, év, hónap, nap)

|  |
| --- |
| ................................................................ |
| (cégjegyzésre jogosult vagy szabályszerűen meghatalmazott képviselő aláírása) |