1 Information

Detta formulär ska fyllas i av Anbudsgivaren för referensuppdraget som åberopas och av dennes referent i enlighet med vad som framgår nedan. Detta formulär lämnas in som en bilaga till anbudet. Anbudsgivaren ska fylla i avsnitt två nedan och sedan be sin referent att fylla i samt underteckna avsnitt tre enligt nedan.

2 Information om leverantören och referensuppdraget (ifylles av Anbudsgivaren)

Leverantör Ange namn på den organisation som utfört/utför referensuppdraget (företagsnamn, organisationsnamn eller liknande).	
Kund/uppdragsgivare Ange namn på den externa kunden för vilken referensuppdraget utförts/utförs (företagsnamn, organisationsnamn eller liknande).	
Kort beskrivning av referensuppdraget	

3 Intygande, information om referent samt undertecknande (ifylles av referenten)

Ovan angiven leverantör har angivit er som referent för ovan angivet uppdrag. Med anledning av detta ska leverantören tillse att ni lämnar efterfrågade uppgifter, besvarar nedanstående frågor samt undertecknar denna handling.

Ange ert namn (för- och efternamn):	
Ange er e-postadress:	
Ange ert telefonnummer:	
Ange er roll (titel eller liknande) i organisationen för vilket uppdraget utförts/utförs:	
Omfattning Har uppdrag omfattat heldygnsvårdverksamhet inom anestesi- och/eller intensivvård?	☐ Ja, uppdraget har omfattat heldygnsvårdverksamhet* inom anestesi- och/eller intensivvård.
Uppdraget Har uppdraget innefattat respiratorvård och urträning? Har uppdraget innefattat tracheostomivård? Har uppdraget innefattat vård av kritiskt sjuka patienter?	☐ Ja, uppdraget har omfattat respiratorvård och urträning. ☐ Ja, uppdraget har omfattat tracheostomivård. ☐ Ja, uppdraget har omfattat vård av kritiskt sjuka patienter.
Tidsperiod Ange under vilken tidsperiod (minst år och månad) ovan angivna har utfört:	Fr.o.m. (år och månad) T.o.m. Fr.o.m. (år och månad)
Uppdragets utförande Har uppdraget utförts **utan** allvarliga eller ihållande brister i fullgörandet av något väsentligt krav som har medfört att avtalsrelationen har sagts upp i förtid, lett till skadestånd eller annan jämförbar påföljd	☐ Ja

* *Med heldygnsvårdverksamhet avser vårdverksamhet där vårdgivaren ansvarar för patienten 24 timmar om dygnet alla dagar i veckan.*

Härmed intygar jag (referenten) att ovan angivna uppgifter är korrekta:

_____
Namnteckning (digital signatur accepteras)

_____
Namnförtydligande (för- och efternamn, kan anges i digital signatur)

_____
Datum (kan anges i digital signatur)