Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego

.............................................................., ......................................

miejscowość data

1. **Wykaz kluczowego personelu skierowanego przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego dotyczący potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu. Zamawiający nie dopuszcza możliwości kumulowania funkcji.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię  i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe,  uprawnienia i wykształcenie** | **Zakres  wykonywanych czynności** | **Doświadczenie** | **Podstawa do bezpośredniego dysponowania**  **osobą** |
| 1 |  | Posiadanie:   1. wykształcenia wyższego, 2. ważnego certyfikatu z metodyki zarządzania projektami: 3. Prince 2 Foundation\* lub 4. innego równoważnego w stosunku do w/w, tj.\*: ………………….…....   …………...…….…….  ………………….........  \*niepotrzebne skreślić | Pełnienie  funkcji  kierownika projektu | Doświadczenie w postaci pełnienia funkcji kierownika projektu lub nadzoru projektu  w **…………….. (wpisać liczbę)** zrealizowanym/ych projekcie/tach, którego/ych rezultatem była budowa lub/i wdrożenie systemu informatycznego oraz którego/ych wartość była nie mniejsza niż 2.000.000,00 zł brutto | * umowa o pracę\*, * umowa zlecenie / o dzieło\*, * umowa  z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą\*   \*niepotrzebne skreślić |
| 2 |  | Posiadanie:   1. wykształcenia wyższego, 2. ważnego certyfikatu z zakresu audytu informatycznego: 3. CISA\* lub 4. CISSP\* lub 5. innego równoważnego w stosunku do w/w, tj.\*: ……………………..….   ………………………...  ………………………...  \*niepotrzebne skreślić | Pełnienie  funkcji  specjalisty ds. bezpieczeństwa | Doświadczenie w postaci udziału w przeprowadzonym/ych i zakończonym/ych  **………….….. (wpisać liczbę)** audycie/tach w zakresie bezpieczeństwa systemów informatycznych | * umowa o pracę\*, * umowa zlecenie / o dzieło\*, * umowa  z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą\*   \*niepotrzebne skreślić |
| 3 |  | Posiadanie  wykształcenia wyższego | Pełnienie funkcji  specjalisty  ds. systemów informatycznych ochrony zdrowia | Doświadczenie w postaci udziału jako architekt lub analityk  w **………….. (wpisać liczbę)** zrealizowanym/ych projekcie/tach dotyczącym/ych budowy lub/i wdrożenia systemów informatycznych, z których:   1. **……..… (wpisać liczbę)** dotyczył/ło gromadzenia lub wymiany dokumentacji medycznej w formatach HL7 i IHE-XDS, 2. wartość **…………... (wpisać liczbę)** z nich była nie mniejsza niż 2.000.000,00 zł brutto | * umowa o pracę\*, * umowa zlecenie / o dzieło\*, * umowa  z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą\*   \*niepotrzebne skreślić |

1. **Wykaz kluczowego personelu wskazanego w tabeli nr I skierowanego przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego dotyczący ustalenia punktacji w kryterium** „**doświadczenie kluczowego personelu**”.

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Doświadczenie kierownika projektu** |
| **Imię i nazwisko: ........................................................................................................................** | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa nadzorowanego projektu, którego rezultatem była budowa lub/i wdrożenie systemu informatycznego** | | **Wartość nadzorowanego projektu** | **Pełniona funkcja** | **Nazwa, adres i numer telefonu Zleceniodawcy usługi oraz Beneficjenta, u którego usługę zrealizowano** | **Termin realizacji nadzorowanego projektu oraz termin świadczenia usługi kierownika projektu / nadzoru projektu** |
| 1) |  |  | Kierownik projektu / nadzór projektu | Dane Zleceniodawcy: | *Nadzorowany projekt:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………..........  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………......……….  *Usługa nadzoru:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………...........  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………...... |
| Dane Beneficjenta: |
| 2) |  |  | Kierownik projektu / nadzór projektu | Dane Zleceniodawcy: | *Nadzorowany projekt:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………..........  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………......……….  *Usługa nadzoru:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………...........  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………...... |
| Dane Beneficjenta: |
| 3) |  |  | Kierownik projektu / nadzór projektu | Dane Zleceniodawcy: | *Nadzorowany projekt:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………..........  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………......……….  *Usługa nadzoru:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………...........  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………...... |
| Dane Beneficjenta: |
| 4) |  |  | Kierownik projektu / nadzór projektu | Dane Zleceniodawcy: | *Nadzorowany projekt:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………..........  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………......……….  *Usługa nadzoru:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………...........  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………...... |
| Dane Beneficjenta: |
| 5) |  |  | Kierownik projektu / nadzór projektu | Dane Zleceniodawcy: | *Nadzorowany projekt:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………..........  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………......……….  *Usługa nadzoru:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………...........  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………...... |
| Dane Beneficjenta: |
| ... |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **Doświadczenie specjalisty ds. bezpieczeństwa** |
| **Imię i nazwisko: ........................................................................................................................** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa audytowanego  systemu informatycznego** | | **Zakres przeprowadzonego audytu bezpieczeństwa** | **Nazwa, adres i numer telefonu Zleceniodawcy audytu oraz Podmiotu,  u którego audyt zrealizowano** | **Termin  realizacji audytu bezpieczeństwa** |
| 1) |  |  | Dane Zleceniodawcy: | od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………....  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………. |
| Dane Podmiotu: |
| 2) |  |  | Dane Zleceniodawcy: | od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………....  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………. |
| Dane Podmiotu: |
| 3) |  |  | Dane Zleceniodawcy: | od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………....  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………. |
| Dane Podmiotu: |
| 4) |  |  | Dane Zleceniodawcy: | od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………....  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………. |
| Dane Podmiotu: |
| 5) |  |  | Dane Zleceniodawcy: | od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………....  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………. |
| Dane Podmiotu: |
| ... |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **Doświadczenie specjalisty ds. systemów informatycznych ochrony zdrowia** |
| **Imię i nazwisko: ........................................................................................................................** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa projektu dotyczącego budowy lub/i wdrożenia systemu informatycznego dotyczącego gromadzenia lub wymiany dokumentacji medycznej w formatach HL7 i IHE-XDS** | | **Pełniona funkcja** | **Nazwa, adres i numer telefonu Zleceniodawcy usługi oraz Podmiotu,  u którego usługę zrealizowano** | **Termin realizacji projektu oraz termin świadczenia usługi architekta / analityka** |
| 1) |  | architekt / analityk | Dane Zleceniodawcy: | *Realizacja projektu:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………...  do *(dzień/miesiąc/rok*):  …………………….....  *Świadczenie usługi:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  …………………….....  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………. |
| Dane Podmiotu: |
| 2) |  | architekt / analityk | Dane Zleceniodawcy: | *Realizacja projektu:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………...  do *(dzień/miesiąc/rok*):  …………………….....  *Świadczenie usługi:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  …………………….....  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………. |
| Dane Podmiotu: |
| 3) |  | architekt / analityk | Dane Zleceniodawcy: | *Realizacja projektu:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………...  do *(dzień/miesiąc/rok*):  …………………….....  *Świadczenie usługi:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  …………………….....  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………. |
| Dane Podmiotu: |
| 4) |  | architekt / analityk | Dane Zleceniodawcy: | *Realizacja projektu:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………...  do *(dzień/miesiąc/rok*):  …………………….....  *Świadczenie usługi:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  …………………….....  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………. |
| Dane Podmiotu: |
| 5) |  | architekt / analityk | Dane Zleceniodawcy: | *Realizacja projektu:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  ……………………...  do *(dzień/miesiąc/rok*):  …………………….....  *Świadczenie usługi:*  od *(dzień/miesiąc/rok*):  …………………….....  do *(dzień/miesiąc/rok*):  ………………………. |
| Dane Podmiotu: |
| ... |  |  |  |  |

Podpis(y) osób upoważnionych

do składania oświadczeń woli

w imieniu wykonawcy