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 funkcjispecjalisty 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