Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego

ZOZ.V.260/49/1/2020

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

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** |
| 1 |  | Posiadanie:   1. wykształcenia wyższego, 2. ważnego certyfikatu z metodyki zarządzania projektami: 3. Prince 2 Practitioner\* lub 4. AgilePM Practitioner   lub   1. innego równoważnego w stosunku do w/w, tj.\*: ………………….…....   …………...…….…….  ………………….........  \*niepotrzebne skreślić | Pełnienie  funkcji  kierownika/inżyniera projektu | Doświadczenie w postaci pełnienia funkcji kierownika/inżyniera projektu lub nadzoru projektu  w **…………….. (wpisać liczbę)** zrealizowanych projektach, których rezultatem była budowa lub/i wdrożenie systemu informatycznego oraz których wartość była nie mniejsza niż 2.000.000,00 zł brutto, każdego |
| 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 przeprowadzonych i zakończonych  **………….….. (wpisać liczbę)** audytach w zakresie bezpieczeństwa systemów informatycznych |
| 3 |  | Posiadanie  wykształcenia wyższego | Pełnienie funkcji  specjalisty  ds. systemów informatycznych ochrony zdrowia | Doświadczenie w postaci udziału jako architekt lub analityk  w **………….. (wpisać liczbę)** zrealizowanych projektach dotyczących budowy lub/i wdrożenia systemów informatycznych, z których:   1. **……..… (wpisać liczbę)** dotyczył 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 |

1. **Wykaz kluczowego personelu wykazanego w tabeli nr I skierowanego przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego dotyczący doświadczenia kluczowego personelu**.

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Doświadczenie inżyniera 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 /inżyniera/ nadzoru projektu** |
| 1) |  |  | Kierownik  /inżyniera 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/  inżynier 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: |
| 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** | **Doświadczenie specjalisty ds. systemów informatycznych ochrony zdrowia** |
| **Imię i nazwisko: ........................................................................................................................** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa co najmniej dwóch projektów dotyczących budowy lub/i wdrożenia systemów informatycznych, z których co najmniej jeden dotyczył 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: |
| Dane Podmiotu: |

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Podpis Wykonawcy