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

 lub1. 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 funkcjispecjalisty 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