Znak postępowania: A.I.271.1.10.2022 Załącznik nr 7 do specyfikacji **(wzór)**

WYKAZ USŁUG

na potwierdzenie spełnienia warunku udziału w postępowaniu

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia**  (co najmniej 2 usługi polegające na świadczeniu kompleksowych usług informatycznych i teleinformatycznych wraz z serwisowaniem i naprawą sprzętu komputerowego) | **Świadczenie usług informatycznych i teleinformatycznych**  (TAK/NIE) | **Świadczenie usług serwisowania wraz z naprawą sprzętu komputerowego**  (TAK/NIE) | **Wartość brutto**  (minimum 100 tys.zł brutto) | **Termin realizacji**  (minimum 6 miesięcy)  Dzień/miesiąc/rok  (od - do) | **Nazwa i adres Zlecającego** |
| 1. | Temat (opis) zamówienia: | …… | …… | ………………  (*minimum 100 tys. zł brutto)* | Od: ……………  Do: …………… | …………  nazwa  ………………  adres |
| 2. | Temat (opis) zamówienia: | …… | …… | ………………  (*minimum 100 tys. zł brutto)* | Od: ……………  Do: …………… | …………  nazwa  ………………  adres |

Do wykazu należy dołączyć dowody, potwierdzające że usługi wskazane w wykazie zostały wykonane należycie/są wykonywane należycie.

**Uwaga! W przypadku świadczeń nadal wykonywanych (ciągłych) - referencje bądź inne dokumenty (dowody) potwierdzające ich należyte wykonywanie, powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy (przed upływem terminu składania ofert).**

Powyższy wykaz poz. ……………….. obejmuje usługi zrealizowane przez …………………………………………….. *(wypełnić gdy Wykonawca polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych innego podmiotu zgodnie z art. 118 ustawy Prawo zamówień publicznych).*

UWAGA:

DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:

- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB

- PODPISEM ZAUFANYM LUB

- PODPISEM OSOBISTYM

Numer sprawy:A.I.271.1.10.2022 Załącznik nr 8 do specyfikacji **(wzór)**

WYKAZ OSÓB

na potwierdzenie spełnienia warunku udziału w postępowaniu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Imię i nazwisko**  (osoba odpowiedzialna za świadczenie usług na terenie placówki (obsługa stacjonarna, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia) | **System / oprogramowanie**  **Wymagany okres doświadczenia** | **Doświadczenie (w zakresie poszczególnych programów/systemów)**  (potwierdzenie okresu doświadczenia  TAK / NIE) | **Nazwa podmiotu i adres**  **miejsce zdobytego doświadczenia przez wskazaną osobę**  **(Zamawiający/zlecający itp.)**  (w razie potrzeby można wskazać więcej niż jeden podmiot  na rzecz którego świadczone były usługi przez wskazaną osobę) |
| **1** | **……………………**  *(imię i nazwisko)* | **Optimed**  **doświadczenie 6 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Pergamon**  **doświadczenie 6 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Infomedica**  **doświadczenie 6 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Medicad**  **doświadczenie 6 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **UEOS (e-PLOZ)**  **doświadczenie 6 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Płatnik**  **(doświadczenie 12 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **System Centralnego Monitorowania BENEVISION CMS**  **doświadczenie 12 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **System raportowania As-Pro (Mitel)**  **doświadczenie 12 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Veeam**  **doświadczenie 12 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Imię i nazwisko**  (osoba odpowiedzialna za świadczenie usług na terenie placówki (obsługa stacjonarna, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia) | **System / oprogramowanie**  **Wymagany okres doświadczenia** | **Doświadczenie (w zakresie poszczególnych programów/systemów)**  (potwierdzenie okresu doświadczenia  TAK / NIE) | **Nazwa podmiotu i adres**  **miejsce zdobytego doświadczenia przez wskazaną osobę**  **(Zamawiający/zlecający itp.)**  (w razie potrzeby można wskazać więcej niż jeden podmiot  na rzecz którego świadczone były usługi przez wskazaną osobę) |
| **2** | **……………………**  *(imię i nazwisko)* | **Optimed**  **doświadczenie 6 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Pergamon**  **doświadczenie 6 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Infomedica**  **doświadczenie 6 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Medicad**  **doświadczenie 6 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **UEOS (e-PLOZ)**  **doświadczenie 6 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Płatnik**  **(doświadczenie 12 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **System Centralnego Monitorowania BENEVISION CMS**  **doświadczenie 12 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **System raportowania As-Pro (Mitel)**  **doświadczenie 12 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Veeam**  **doświadczenie 12 miesięczne lub większe** | **………** | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |

Oświadczam, że dysponuję następującą osobą wymienioną w wykazie, w poz. ………….. polegając na zasobach innego podmiotu, tj. ………………………………………..……… *(wypełnić gdy Wykonawca polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych innego podmiotu zgodnie z art. 118 ustawy Prawo zamówień publicznych).*

UWAGA:

DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:

- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB

- PODPISEM ZAUFANYM LUB

- PODPISEM OSOBISTYM