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 doświadczeniaTAK / NIE) | **Nazwa podmiotu i adres****miejsce zdobytego doświadczenia przez wskazaną osobę****(Zamawiający/zlecający itp.)** (w razie potrzeby można wskazać więcej niż jeden podmiotna 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 doświadczeniaTAK / NIE) | **Nazwa podmiotu i adres****miejsce zdobytego doświadczenia przez wskazaną osobę****(Zamawiający/zlecający itp.)** (w razie potrzeby można wskazać więcej niż jeden podmiotna 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