|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu**  Aleja Legionów 10, 41-902 Bytom, NIP 626-25-10-567, **REGON** 000296271  tel. +48 323 964 500, e-mail: [szpital@szpital4.bytom.pl](mailto:szpital@szpital4.bytom.pl), [www.wss4.pl](http://www.wss4.pl/) | | | | | | | | | | **ZP-104**  **Załącznik Nr 9 do SWZ** | |
| **WYKAZ OSÓB** | | | | | | | | | |
| 1. **DZIAŁANIE** | | | | | | | | | | | | | |
|  | Dział | | 261 | | eCareMed - rozwój cyfrowych usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu | | | | | | | |  |
|  | Postępowanie | | 117 | | Dostawa komputerowych mobilnych stacji medycznych oraz programu antywirusowego – **Pakiet Nr 2** | | | | | | | |  |
|  | Element | | 104 | | Wykaz osób. | | | | | | | |  |
|  | Wersja | | 1 | | 2021-10-13 | | | | | | | |  |
|  |  | |  | |  | | | | | | | |  |
| 1. **DANE WYKONAWCY** | | | | | | | | | | | | | |
|  | Nazwa firmy | | | | |  | | | | | | |  |
|  | Adres – Ulica nr domu / nr lokalu | | | | |  | | | | | | |  |
|  | Adres – Kod pocztowy, miejscowość | | | | |  | | | | | | |  |
|  | REGON | | | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | |  |  | | | | | |  |
| 1. **OŚWIADCZENIE** | | | | | | | | | | | | | |
|  | Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia publicznego. Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oświadczamy, że w wykonywaniu zamówienia będzie uczestniczyć następująca osoba: | | | | | | | | | | | |  |
| 1. **WYKAZ OSÓB** | | | | | | | | | | | | | |
|  | Funkcja | | | Nazwisko i imię | | | | | Wymagania dla danej funkcji | | Podstawa dysponowania | |  |
|  | Specjalista ds. bezpieczeństwa IT | | |  | | | | | Posiadane doświadczenie zawodowe w zakresie wdrożeń bezpieczeństwa IT w zakresie oprogramowania antywirusowego.  **Załączyć dokumenty potwierdzający posiadane kwalifikacje i ilość lat !!!**  Ilość lat doświadczenia zawodowego ……………. (licząc od dnia uzyskania certyfikatu lub zaświadczenia potwierdzającego ukończone szkolenie) | | Pracownik  wykonawcy / innego podmiotu \* | |  |
|  |  | | | | |  |  | | | | | |  |
| 1. **UWAGA** | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1. W przypadku, gdy Wykonawca wykazując spełnianie warunku polega na zdolnościach zawodowych innych podmiotów, na zasadach określonych w art. 118 ustawy Pzp, i w kolumnie „Podstawa dysponowania” wskaże inną niż „pracownik Wykonawcy” podstawę dysponowania - zobowiązany jest udowodnić, iż będzie dysponował tymi osobami w trakcie realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu zobowiązanie tych podmiotów do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia. | | | | | | | | | | | |  |
| 1. **AUTORYZACJA** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | |  | | |  |
|  |  | | | *( data )* | | | |  | | *( podpis i pieczęć osoby uprawnionej ze strony Wykonawcy )* | | |  |

\* *niepotrzebne skreślić*