**Wykaz osób wraz z oświadczeniem, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia   
(dot. części 2 zamówienia)**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „***Podniesienie poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie opieki Zdrowotnej Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła II-Edycja II***”, w celu wykazania spełniania warunku udziału w postępowaniu, dotyczącego posiadania zdolności zawodowych w zakresie potencjału osobowego, w imieniu Wykonawcy oświadczam, że w wykonywaniu zamówienia uczestniczyć będą następujące osoby:

Część 2 :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | funkcja | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe/wykształcenie | uprawnienia | Podstawa do dysponowania osobą. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, iż osoby wykazane powyżej będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia i posiadają wymagane uprawnienia opisane w zarządzeniu nr 8/2023/BBIICD Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2023 r. w sprawie finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniodawców.

………………………………………………….

*(podpis osoby upoważnionej)*