

Nr postępowania: 14/TP/U/2021
Administrowanie systemami informatycznymi, w tym oprogramowaniem InfoMedica/AMMS
dla SPWZOZ w Stargardzie

(pieczęć Wykonawcy)	Załącznik nr 5 do SWZ		
	Strona nr z ogólnej liczby		stron.

Wykaz usług

w postępowaniu na [Administrowanie systemami informatycznymi, w tym oprogramowaniem Info/Medica/AMMS dla SPWZOZ w Stargardzie](#)

Wykaz usług polegających na obsłudze i administrowaniu systemu InfoMedica/AMMS zrealizowanych (a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych) na rzecz podmiotu leczniczego w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert przez okres nie krótszy niż 24 miesiące. Jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie.

L.p.	Zamawiający (zleceniodawca), adres, tel/e-mail	Przedmiot usługi	Data wykonania usługi	Wartość wykonanej usługi
1.				
2.				
3.				

Do każdego wykazanej w tabeli usługi należy dołączyć dokument potwierdzający, że została wykonana lub jest wykonywana należycie.

Dokumentami potwierdzającymi mogą być: referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego dostawy lub usługi były wykonywane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie Wykonawcy.

W przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane w okresie ostatnich 3 miesięcy.

Upoważniony Przedstawiciel Wykonawcy

.....
(podpis i pieczęć)

Data:.....

Nr postępowania: 14/TP/U/2021
Administrowanie systemami informatycznymi, w tym oprogramowaniem InfoMedica/AMMS
dla SPWZOZ w Stargardzie

**Wykaz osób,
które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia
w postępowaniu na Administrowanie systemami informatycznymi, w tym oprogramowaniem InfoMedica/AMMS
dla SPWZOZ w Stargardzie**

L.p.	Imię i nazwisko	Specjalność/ zawód	Doświadczenie	Podstawa do dysponowania tą osobą ¹
1.				Dysponuje* Będę dysponował *
2.				Dysponuje* Będę dysponował *
3.				Dysponuje* Będę dysponował *
4.				Dysponuje* Będę dysponował *
5.				Dysponuje* Będę dysponował *

Wykaz osób spełniających warunki udziału w postępowaniu, które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług musi zawierać informacje na temat ich doświadczenia niezbędnego do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nich czynności oraz informacja o podstawie dysponowania tymi osobami.

Wykonawca zobowiązany jest dołączyć dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia osób. Dowody, o których mowa muszą potwierdzać warunki udziału w postępowaniu określone w SWZ.

Wykonawca zobowiązany jest do:

- 1) dysponowania minimum 2 osobami, mającymi co najmniej 4-letnie doświadczenie w obsłudze systemu InfoMedica/AMMS w części szarej (niemedycznej),
- 2) dysponowania minimum 3 osobami, mającymi co najmniej 4-letnie doświadczenie w obsłudze systemu InfoMedica/AMMS w części białej (medycznej),
- 3) wszystkie osoby (łącznie) wskazane przez Wykonawcę do realizacji niniejszej usługi wskazane w powyższej tabeli muszą wykazać uczestnictwo w szkoleniach okresowych, organizowanych nie wcześniej niż 12 miesięcy przed upływem terminu składania ofert przez producenta systemu InfoMedica/AMMS z zakresu obsługi wszystkich modułów systemu InfoMedica/AMMS posiadanych przez Zamawiającego wymienionych w Załączniku nr 7 do SWZ.

UWAGA:

Zamawiający wyraża zgodę, aby ilość osób wskazana przez Wykonawcę do realizacji usługi wynosiła łącznie mniej niż łączna ilość osób, o których mowa w pkt. 1) i 2), jednak pod warunkiem, że Wykonawca będzie dysponował nie mniej niż 3 osobami, z czego minimum 2 osoby będą posiadały doświadczenie, o którym mowa łącznie w pkt. 1) i 2).

Pełnomocny Przedstawiciel Wykonawcy

.....
(podpis i pieczęć)

Data:.....

¹ Niepotrzebne skreślić