Załącznik nr 8 do SWZ

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………

reprezentowany przez:

…………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/ podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, pn. **„Dostawa oprogramowania podnoszącego poziom cyberbezpieczeństwa systemów teleinformatycznych**”

Oświadczam/y, żedysponuję/dysponujemy następującymi osobami, które będą wykonywać zamówienie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** | Kwalifikacje zawodowe /uprawnienia/doświadczenie i wykształcenie wykazane w celu potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowaniu | **Informacja o podstawie do dysponowania wskazaną osobą** |
| **Wykształcenie** | **Posiadane certyfikaty***(jeśli dotyczy)* | **Doświadczenie**(podać liczbę lat i zakres) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |