**Załącznik nr 7 do SWZ**

**DZP.26.20.2023**

**WYKAZ OSÓB**

**skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego pn.**

**,,****Podniesienie poziomu cyberbezpieczeństwa Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica Sp. z o.o. poprzez rozbudowę środowiska kopii zapasowej (dostawa biblioteki taśmowej), konfiguracja pełnego środowiska odtworzeniowego oraz wykonanie odtworzenia systemów HIS i ERP Zamawiającego”**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L. P.** | **Funkcja** | **Imię i nazwisko/wykształcenie** | **Uprawnienia, doświadczenie zawodowe** | | **Podmiot dla którego zostały wykonane usługi** | **Podstawa dysponowania osobą** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | **Administrator systemu HIS Eskulap firmy Nexus Polska sp. z o.o.** |  | Posiada co najmniej 24 miesięczne doświadczenie w zakresie instalowania, serwisowania systemu HIS Eskulap firmy Nexus Polska Sp. z o.o. | Okresy zdobytego doświadczenia - podać: początek (dd-mm-rrrr) koniec (dd-mm-rrrr) |  |  |
| 2 | **Administrator systemu ERP Impuls firmy BPSC** |  | Posiada co najmniej 24 miesięczne doświadczenie w zakresie instalowania, serwisowania systemu ERP Impuls firmy BPSC | Okresy zdobytego doświadczenia - podać: początek (dd-mm-rrrr) koniec (dd-mm-rrrr) |  |  |
| 3. | **Administrator systemów bazodanowych ORACLE** |  | Posiada co najmniej 24 miesięczne doświadczenie w administrowania bazami danych ORACLE oraz wiedzę w zakresie migracji, odtwarzania bazy danych Oracle systemów Eskulap i Impuls | Okresy zdobytego doświadczenia - podać: początek (dd-mm-rrrr) koniec (dd-mm-rrrr) |  |  |

***Uwaga:***

***Wykonawca modyfikuje powyższą tabelę w zależności od potrzeb i ilości usług wykazywanych na potwierdzenie doświadczenia personelu skierowanego do realizacji zamówienia, z zastrzeżeniem, że nie mogą zostać pominięte podstawowe informacje w niej zawarte.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy (ów)** | **Podpis(y) osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy(ów)** | **Pieczęć(cie) Wykonawcy(ów)** | **Miejscowość**  **i data** |
| 1) |  |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |  |