*Załącznik nr 1 do SWZ*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASORTYMENT**  **SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ**  **12 m-cy** | Wartość miesięczna netto | Podatek VAT  (%) | Wartość miesięczna brutto | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| Obsługa Oprogramowania Aplikacyjnego | **m-c** | **12** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** | | | | | |  |  |

**Szczegółowe wymagania i opis zakresu przedmiotu zamówienia**

1. **Zakres obsługi Oprogramowania Aplikacyjnego:**
2. Usługi serwisowe wykonywane bez limitu godzin serwisowych:
   1. udzielanie z Konsultacji;
   2. gotowość do świadczenia usług serwisowych, z gwarantowanym czasem przystąpienia do wykonywania przyjętych do realizacji prac w ciągu 1 dnia roboczego od chwili otrzymania zlecenia.
   3. udzielanie pomocy technicznej oraz wykonywanie zleconych przez Zamawiającego, drobnych prac programistycznych, prac instalacyjnych, konfiguracyjnych, diagnostycznych lub instruktarzowych, w zakresie związanym z obsługą i administrowaniem Oprogramowania Aplikacyjnego, w siedzibie Zamawiającego, Wykonawcy lub Autoryzowanego Przedstawiciela Serwisowego Wykonawcy, w tym:
      1. przygotowanie środowiska testowego i baz testowych do aktualizacji bazy danych Oprogramowania Aplikacyjnego i Oprogramowania Aplikacyjnego,
      2. aktualizacja bazy danych Oprogramowania Aplikacyjnego,
      3. aktualizacja Oprogramowania Aplikacyjnego oraz modyfikacja konfiguracji Oprogramowania Aplikacyjnego wymagana przeprowadzoną aktualizacją (w tym formularze, szablony wydruków, raporty i zestawienia),
      4. przekazanie informacji na temat Nowych Funkcji i zmian wprowadzonych w nowych wersjach Oprogramowania Aplikacyjnego,
      5. przywrócenie pracy Oprogramowania Aplikacyjnego w sytuacji Awarii, przy pomocy narzędzi Oprogramowania Systemowego i Bazodanowego, udostępnionego przez Zamawiającego,
      6. udzielanie pomocy w zakresie obsługi i administrowania Oprogramowania Aplikacyjnego,
      7. modyfikacja parametrów pracy Oprogramowania Aplikacyjnego poprzez moduł administracyjny,
      8. analiza zgłoszeń użytkowników dotyczących pracy Oprogramowania Aplikacyjnego oraz wprowadzanych danych w Oprogramowaniu Aplikacyjnym,
      9. usuwanie błędnie wprowadzonych przez użytkowników danych – z poziomu bazy danych, na podstawie pisemnego zlecenia,
      10. poprawa błędnie wprowadzonych przez użytkowników danych – z poziomu bazy danych, na podstawie pisemnego zlecenia,
      11. pomoc przy generowaniu raportów statystycznych / rozliczeniowych,
      12. doradztwo w zakresie rozbudowy środków informatycznych, dokonywanie ponownych instalacji Oprogramowania Aplikacyjnego objętego niniejszą Umową w przypadkach rozbudowy infrastruktury informatycznej Zamawiającego.
      13. odtwarzanie zgromadzonych w Oprogramowaniu Aplikacyjnym danych, na podstawie danych archiwalnych poprawnie zabezpieczonych przez Zamawiającego (Zamawiający jest odpowiedzialny za wykonywanie kopii baz danych i sprawdzenie poprawności ich odtworzenia na odpowiednich nośnikach,
      14. pomoc w generowaniu danych przekazywanych przez Zamawiającego do jednostek nadrzędnych i współpracujących (np. Ministerstwo Finansów, Urząd Skarbowy, Organ Założycielski, Narodowy Fundusz Zdrowia, Wydział Zdrowia, urzędy, banki itp.),
      15. konfiguracja Oprogramowania Aplikacyjnego na potrzeby nowych wymagań sprawozdawczych do jednostek nadrzędnych i współpracujących (np. Ministerstwo Finansów, Urząd Skarbowy, Organ Założycielski, Narodowy Fundusz Zdrowia, Wydział Zdrowia, urzędy, banki itp.)
      16. instalacja i konfiguracja nowych Funkcji, Funkcjonalności i Modułów Oprogramowania Aplikacyjnego,
      17. tworzenie i wprowadzanie zmian w dodatkowych wydrukach, raportach i zestawieniach,
      18. prowadzenie szkoleń dla personelu zamawiającego.
3. **Sposób realizacji usług**
4. Usługi serwisowe realizowane będą w Dni robocze, tj. od poniedziałku do piątku włącznie, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8:00 do 16:00.
5. Usługi serwisowe, będą realizowane w odpowiedzi na pisemne zlecenie przedstawione przez wskazane przez Zamawiającego osoby.
6. Usługi wykonywane będą w pomieszczeniach Zamawiającego lub za pomocą zdalnego szyfrowanego dostępu.
7. W przypadku usług serwisowych wykonywanych w ramach dodatkowo wykupionych godzin serwisowych:
   1. Zrealizowane godziny serwisowe, dla prac wykonywanych za pomocą zdalnego dostępu, w siedzibie Wykonawcy lub Autoryzowanego Przedstawiciela Serwisowego Wykonawcy, będą rozliczane z dokładnością do pełnej godziny, zaokrąglając w górę do pełnej godziny, nie mniej niż 1 godzina dla zlecenia.
   2. Zrealizowane godziny serwisowe, dla prac realizowanych w siedzibie Zamawiającego (tzw. Wizyty serwisowe), będą rozliczane z dokładnością do pełnej godziny, zaokrąglając w górę do pełnej godziny, nie mniej niż 6 godzin dla zlecenia.
8. W przypadku zgłoszenia drobnych prac programistycznych – Modyfikacji – w terminie 15 dni roboczych (czas reakcji) Wykonawca określi możliwość ich realizacji, a w ciągu 30 dni roboczych dokona oceny rodzaju zleconych prac, opracuje wstępny projekt, sporządzi jego wycenę i zaproponuje czas realizacji prac.
9. **Sposób dokonywania zgłoszeń**
10. Zgłaszanie / zamawianie usług serwisowych odbywać się będzie poprzez witrynę internetową Systemu Obsługi Zgłoszeń Wykonawcy a w razie trudności z rejestracją zgłoszenia na w/w witrynie internetowej, Zamawiający może dokonać zgłoszenia (z zastrzeżeniem niezwłocznego potwierdzenia zgłoszenia poprzez witrynę internetową Systemu Obsługi Zgłoszeń) lub telefonicznie bądź mailowo.
11. w przypadku, gdy formularz zgłoszenia zostanie przyjęty przez Wykonawcę:
    * + 1. w godzinach pomiędzy 08:00 a 16.00 dnia roboczego – traktowane jest jak przyjęte danego dnia roboczego;
        2. w godzinach pomiędzy 16.00 a 24.00 dnia roboczego – traktowany jest jak przyjęty o godz. 8.00 następnego dnia roboczego;
        3. w godzinach pomiędzy 0.00 a 8.00 dnia roboczego - traktowany jest jak przyjęty o godz. 8.00 danego dnia roboczego;
        4. w dniu ustawowo lub dodatkowo wolnym od pracy - traktowany jest jak przyjęty o godz. 8.00 najbliższego dnia roboczego;
12. Wykonawca zobowiązany jest do przesyłania cotygodniowych raportów z wykonanych prac w każdy pierwszy dzień roboczy do poprzedniego tygodnia z uwzględnieniem nazwiska zlecającego, szczegółowo wykonanych czynności, czasu trwania na adres mailowy podany w umowie.
13. **Posiadane licencje Infomedica Asseco.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa modułu/zakres funkcjonalny** | **Ilości** |
| Obsługa finansów i księgowości | Open |
| Obsługa sprzedaży | Open |
| Obsługa zakupów | Open |
| Wycena kosztów normatywnych świadczeń | 5 |
| Obsługa i rozliczanie kosztów | 5 |
| Obsługa zamówień wewnętrznych | Open |
| Obsługa zamówień i przetargów | 5 |
| Obsługa środków trwałych | 5 |
| Obsługa wyposażenia | Open |
| Obsługa Kadr | Open |
| Ewidencja czasu pracy | Open |
| RCP- interfejs komunikacji z rozwiązaniami zewnętrznymi | 1 |
| Obsługa płac | Open |
| Obsługa stanowiska kasowego | 8 |
| Obsługa budżetowania | 5 |
| Obsługa magazynów | Open |
| Obsługa usług komercyjnych | Open |
| Ewidencja Aparatury Medycznej | 3 |
| Zamówienia publiczne | 5 |

*Załącznik nr 2 do SWZ*

....................................... .......................................

(pieczątka Wykonawcy) (miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzania negocjacji na: **Serwis i administracja systemów księgowo-magazynowych nr Zp/39/TP-39/21**

informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

..................................................................................................................................

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

...................................................................................................................................

REGON: ............................................. NIP: .............................................

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................

Numer telefonu ………………… e-mail .........................................................................

(do zamówień składanych przez Zamawiajacego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

1) **proszę wskazać właściwe**

**4.OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy Projekt Umowy , stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**5.OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

**6.** **Oferujemy** usługę o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

7. Gwarantujemy ……. dniowy czas przystąpienia do realizacji usług serwisowych \*\*

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)

................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*1)* ***Mikroprzedsiębiorstwo*** *– przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 10 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 2 milionów EUR.***

***Małe przedsiębiorstwo*** *- przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 50 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 10 milionów EUR.***

***Średnie przedsiębiorstwo –*** *przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają* ***mniej niż 250 osób*** *i których roczny obrót* ***nie przekracza 50 milionów EUR*** *lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 43 milionów EUR.***

2) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

*\* W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

*\*\* Czas przystąpienia do realizacji usług serwisowych nie może być dłuższy niż do 3 dni roboczych.*

Załącznik nr 3 do Umowy nr …………………

**Wykaz pracowników Zamawiającego i Wykonawcy posiadających dostęp do serwerów FTPS**.

**Osoby upoważnione do reprezentowania Zamawiającego i/lub osoby upoważnione do internetowej rejestracji zgłoszeń i/lub osoby mogące udostępniać bazę danych ze Strony Zamawiającego:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TYTUL** | **IMIONA** | **NAZWISKO** | **STANOWISKO** | **TELEFON** | **E\_MAIL** | **REPREZ** | **ADM** | **ADM\_K** | **MED** | **MED\_K** | **U\_DB** | **AKT** | **SERW** | **KOD\_OSOBY** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Wykonawca : Zamawiający:

Legenda:

e-mail - indywidualny służbowy adres pracownika,

Reprez - osoba uprawniona do reprezentowania Zamawiającego przy zawieraniu umów handlowych (wartości: TAK/NIE),

Adm - osoba uprawniona do rejestrowania zgłoszeń dla systemów administracyjnych w imieniu Zamawiającego (wartości: TAK/NIE),

Med - osoba uprawniona do rejestrowania zgłoszeń dla systemów medycznych w imieniu Zamawiającego (wartości: TAK/NIE),

Adm\_K - osoba pełniąca rolę koordynatora\*\* zgłoszeń systemów administracyjnych Zamawiającego (wartości: TAK/NIE),

Med\_K - osoba pełniąca rolę koordynatora\*\* zgłoszeń systemów medycznych Zamawiającego (wartości: TAK/NIE),

U\_BD - osoba upoważniona do udostępnienia baz danych systemów medycznych i administracyjnych Zamawiającego (wartości: TAK/NIE), Osobie takiej przydzielane jest imienne konto na serwerze FTP Asseco Poland S.A.

Akt - osoba będąca aktualnie pracownikiem Zamawiającego (wartości: TAK/NIE),

SERW - osoba uprawniona do zlecania / zgłaszania usług serwisowych

Kod\_Osoby - identyfikator przydzielany przez administratora systemu obsługi zgłoszeń – przydziela Wykonawca.

**Uwaga! Ważne!**

Bardzo prosimy o podanie indywidualnych służbowych adresów e-mail dla każdego pracownika zaangażowanego w przesyłanie zgłoszeń.

Zalecamy wskazanie maksymalnie kilku osób odpowiedzialnych za rejestracje zgłoszeń w ramach całej jednostki.

Koordynatorami\*\* zgłoszeń powinny być osoby będące merytorycznymi liderami w ramach obszarów, w których pracuje Oprogramowanie Aplikacyjne.

W przypadku zmian na liście osób upoważnionych do reprezentowania Klienta i/lub osób upoważnionych do internetowej rejestracji zgłoszeń i/lub osób mogących udostępniać bazę danych ze Strony Zamawiającego, Zamawiający ma obowiązek poinformować Wykonawcę poprzez przesłanie zaktualizowanego załącznika nr 3.

\* Główny adres e-mail Zamawiającego – adres, na który przesyłane są informacje dotyczące Oprogramowania Aplikacyjnego

\*\* Rola koordynatora umożliwia przegląd oraz modyfikację zgłoszeń innych osób rejestrujących zgłoszenia w imieniu Państwa jednostki.

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

………………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Serwis i administracja systemów księgowo-magazynowych nr Zp/39/TP-39/21** prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4, 5, 7 i 8 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w  SWZ.**

…………….…….*(miejscowość),*dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust.1 pkt 4,5,7 i 8 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

………………………………………………………………………………………………………………...........

…………………………………………………………………………………………..…………………...........…

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

………………………………………… *(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),*dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

………………………………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Serwis i administracja systemów księgowo-magazynowych nr Zp/39/TP-39/21** prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4, 5, 7 i 8 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w  SWZ.**

…………….…….*(miejscowość),*dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust.1 pkt 4,5,7 i 8 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

………………………………………………………………………………………………………………...........

…………………………………………………………………………………………..…………………...........…

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

………………………………………… *(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),*dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres,*

*NIP,Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

..............................................................................

…………………………………………………..

…………………………………………………..

*(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021r. poz. 1129 z późn.zm.)**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **Serwis i administracja systemów księgowo-magazynowych nr Zp/39/TP-39/21** wzakresie…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

…………………………………………………………………….

(Data)

*Załącznik nr 6 do SWZ*

.................................................. ................................

(Wykonawca) (miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **Serwis i administracja systemów księgowo-magazynowych nr Zp/39/TP-39/21**  niniejszym **oświadczam, że osoby biorące bezpośredni udział w wykonywaniu przedmiotowej usługi zatrudnione przez Wykonawcę lub podwykonawcę zatrudnione są na podstawie stosunku pracy, jeżeli wykonanie tych czynności polega na wykonywaniu pracy w sposób określony w art. 22 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2019r. poz. 1040, 1043 i 1495).**

.................................................................

(podpis)

*Załącznik nr 7 do SWZ*

...................................................... ...................................................... …………………

(Wykonawca) (miejscowość i data)

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Przedmiot Zamówienia**:** **Serwis i administracja systemów księgowo-magazynowych**

**nr Zp/39/TP-39/21**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kierunek wykształcenia** | **Doświadczenie w obsłudze**  **i serwisowaniu systemu Infomedica** | **Uprawnienia w zakresie instalowania, wdrażania, serwisowania i szkolenia użytkowników końcowych oprogramowania Infomedica**  *(data wydania i przez kogo zostały wydane)* | **Zakres wykonywanych czynności**  *(rodzaj usług przewidzianych do wykonywania* | **Informacja o podstawie dysponowania tymi osobami**  *(pracownik Wykonawcy czy udostępnienie zasobu przez inny podmiot)* |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |

*cztery osoby posiadające wykształcenie o kierunku informatycznym posiadające minimum 24 miesięczne doświadczenie w obsłudze i serwisowaniu systemów Infomedica i AMMS, w tym dwie osoby posiadające ważne uprawnienia w zakresie instalowania, wdrażania, serwisowania i szkolenia użytkowników końcowych oprogramowania Infomedica i AMMS wydane przez producenta tego oprogramowania.*

.................................................................

(Podpis)

*Załącznik nr 8 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

***Wykonawca:***

*................................................................*

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

..................................................................................................................................

Adres Wykonawcy:

...................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia: **Serwis i administracja systemów księgowo-magazynowych**

**nr Zp/39/TP-39/21**

**Uwagi:**

1. W przypadku nie korzystania z podwykonawcy – proszę wpisać „wszystko siłami własnymi”

..................................................................

*(data i podpis Wykonawcy)*