Załącznik nr 5 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.

**„****Świadczenie usług informatycznych**

**oraz serwisowania i naprawy sprzętu komputerowego”**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe  i doświadczenie wymagane  w SWZ** | | **Informacja  o podstawie do dysponowania wskazaną osobą** |
| **Wykształcenie**\* | **Doświadczenie**  (min. 3-letnie doświadczenie zawodowe) |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

*\* co najmniej dwie (2) osoby posiadające wykształcenie informatyczne, z czego co najmniej jedna (1) osoba z wykształceniem wyższym informatycznym i jedna (1) osoba z wykształceniem co najmniej średnim technicznym informatycznym.*

Załącznik nr 6 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 USŁUG**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, pn.

**„Świadczenie usług informatycznych**

**oraz serwisowania i naprawy sprzętu komputerowego”**

**OŚWIADCZAM/Y, ŻE** wykonałem/wykonaliśmy, bądź wykonuję/wykonujemy następujące USŁUGI:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Odbiorca**  **Usług**  (nazwa, adres) | **Zakres usług** | **Czas realizacji** | | **Wartość usług**  (wykonanych /wykonywanych)  z podatkiem VAT (PLN brutto) |
| **początek**  (data) | **koniec**  (data) |
|  | świadczenie usług informatycznych – w tym obsługa oprogramowania AMMS i mMedica, oraz serwisowanie i naprawy sprzętu komputerowego w placówce medycznej |  |  |  |
|  | świadczenie usług informatycznych oraz serwisowanie i naprawy sprzętu komputerowego w placówce posiadającej …………………………. stanowisk roboczych |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**UWAGA: Wykonawca jest zobowiązany dołączyć do wykazu dowody określające, czy usługi te zostały wykonane/ są wykonywane należycie.**