**Załącznik nr 6 SWZ**

**ZP-7/2022**

**Wykonawca:**

……………………………………………….

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

*(Pełna nazwa Wykonawcy, adres, ulica)*

**WYKAZ OSÓB**

Wykaz osób, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

Zamawiający uzna ten warunek za spełniony, jeżeli Wykonawca wykaże, że dysponuje osobami zdolnymi do realizacji zamówienia to jest minimum 5-osobowym zespołem przewidzianym do realizacji zamówienia, posiadającym kwalifikacje niezbędne do wykonywania zamówienia, w tym:

* minimum 1 kierownikiem zespołu posiadającym wykształcenie wyższe, certyfikat w zakresie zarządzania projektami na poziomie co najmniej PRINCE2 Practitioner lub równoważny – za certyfikat równoważny Zamawiający uzna np. certyfikat ITIL, certyfikat nadawany przez International Project Mangament Association (IPMA) co najmniej na poziomie C lub certyfikat CPM, PMI, PMP, doświadczenie zawodowe potwierdzone udziałem   
  w minimum 2 wdrożeniach systemu informatycznego w zakresie części medycznej dla podmiotu medycznego na stanowisku kierownika wdrożenia;
* minimum 3 specjalistów ds. wdrożenia posiadających wykształcenie wyższe, doświadczenie zawodowe potwierdzone udziałem w minimum 2 wdrożeniach na stanowisku wdrożeniowca systemów informatycznych w zakresie dotyczącym części medycznej dla podmiotu medycznego;
* minimum 1 osobą skierowaną do realizacji zamówienia w charakterze specjalisty ds. testowania oprogramowania, która posiada kwalifikacje potwierdzone certyfikatem ISTQB Foundation lub równoważnym o analogicznych: zakresie merytorycznym, stopniu kompetencji, poziomie doświadczenia zawodowego do otrzymania danego certyfikatu oraz potwierdzony egzaminem, pełnił funkcję testera przez okres min. 12 miesięcy   
  w co najmniej 2 zakończonych projektach informatycznych polegających na wdrożeniu HIS lub EDM lub systemu e-Usług.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności i stanowisko** | **Kwalifikacje osoby** | **Wykształcenie** | **Podstawa do dysponowania tymi osobami** | **Opis zrealizowanych zadań** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 k.k.