Załącznik nr 5 do SIWZ - modyfikacja

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

 (nazwa Wykonawcy )

### WYKAZ WYKONANYCH USŁUG

**OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**

wykonałem (wykonaliśmy) w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, następujące zamówienia na usługi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot | Usługa 1 | Usługa 2 | Usługa 3 | Zasób własny/ udostępniony |
|  |  |  |  |
| Wartość ( usługa o wartości min. 500.000,00 zł. brutto) |  |  |  |  |
| Data wykonania(data rozpoczęcia - data zakończenia) |  |  |  |  |
| Odbiorca |  |  |  |  |
| Minimum stanowisk komputerowych z zainstalowanym oprogramowaniem aplikacyjnym klasy ERP i HIS w danej jednostce ochrony zdrowia |  |  |  |  |
| Systemy HIS i ERP obejmują co najmniej następujące moduły funkcjonalne: Ruch Chorych (Izba Przyjęć, Oddział, Statystyka Medyczna, Obsługa Kontraktów), Apteka i Apteczka Oddziałowa, Przychodnia, Blok Operacyjny, Diagnostyka Zlecenia, Finanse i Księgowość, Kadry i Płace, Gospodarka Materiałowa, Środki trwałe i Wyposażenie. |  |  |  |  |
| Minimum 250 stanowisk komputerowych objętych serwisem w danej jednostce ochrony zdrowia. |  |  |  |  |
| Minimum 4 fizyczne serwery objęte serwisemw danej jednostce ochrony zdrowia. |  |  |  |  |
| Minimum 300 użytkowników systemów klasy ERP,HIS w danej jednostce ochrony zdrowia. |  |  |  |  |
| Minimalna ilość pracowników Wykonawcy zlokalizowanych na terenie Zamawiającego świadcząca usługi w trybie ciągłym w dni robocze - co najmniej 1 osoby.  |  |  |  |  |
| Minimalny okres świadczenia usługi: 24 miesięcy. |  |  |  |  |

**UWAGA:**

**\*Wykonawca wskazuje wszystkie cechy wykonanej usługi potwierdzające spełnienie warunków udziału w postępowaniu.**

Wykonawca jest zobowiązany załączyć dokument potwierdzający, że usługi zostały wykonane należycie.

**Ponadto oświadczam, że podmiot(y) udostępniający zasoby** *(wpisać nazwę podmiotu(ów))****będzie(dą)/nie będzie(dą)[[1]](#footnote-1)* brał(y) udział w realizacji części niniejszego zamówienia.[[2]](#footnote-2)**

**„*Niniejszy dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym”***

1. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)
2. Obowiązuje w przypadku oświadczenia korzystania z zasobów innego podmiotu w tabeli wykaz wykonanych usług . [↑](#footnote-ref-2)