Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy PZP, na **usługi z zakresu obsługi zarządzania funkcjonalnościami systemu e-KRN+ oraz administracji środowiskiem aplikacyjnym systemu e-KRN+.**

**Wykaz osób**

(Wzór)

składany wraz z ofertą w celu uzyskania dodatkowych punktów

w kryterium oceny ofert „Doświadczenie zawodowe”

……………..…………………………………………………………………………………,

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

*pełna nazwa/firma Wykonawcy, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

Przystępując do prowadzonego przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie postępowania o udzielenie zamówienia na **usługi z zakresu obsługi zarządzania funkcjonalnościami systemu e-KRN+ oraz administracji środowiskiem aplikacyjnym systemu e-KRN+, nr sprawy: TP-106/23/DW,** składam poniższy wykaz osób:

**Dotyczy Części nr 1 zamówienia - Obsługa zarządzania funkcjonalnościami systemu e-KRN+.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Informacja w zakresie dodatkowo punktowanego w kryterium oceny ofert doświadczenia zawodowego** | **Doświadczenie zawodowe posiadane przez wskazaną osobę** |
| **Ekspert ds. integracji systemów**  **…………………………**  **…………………………**  *(Imię, nazwisko)* | 1. **Doświadczenie zawodowe w zakresie administracji systemami w podmiotach leczniczych służących do przetwarzania danych medycznych w wymiarze:** 2. powyżej 3 lat - do 5 lat – 5 pkt. 3. powyżej 5 lat - do 10 lat – 15 pkt. 4. powyżej 10 lat – 20 pkt. 5. **Doświadczenie w zakresie administracji urządzeniami sieciowymi w tym Firewall/UTM w wymiarze;** 6. powyżej 3 lat - do 5 lat – 5 pkt. 7. powyżej 5 lat - do 10 lat – 15 pkt. 8. powyżej 10 lat – 20 pkt. 9. **Doświadczenie w zakresie administracji systemami do wirtualizacji VMWare w wymiarze;** 10. powyżej 3 lat - do 5 lat – 5 pkt. 11. powyżej 5 lat - do 10 lat – 15 pkt. 12. powyżej 10 lat – 20 pkt. | *(Proszę zaznaczyć właściwe przez wstawienie znaku* ***X\*****)*  **Ad. 1) Doświadczenie zawodowe w zakresie administracji systemami w podmiotach leczniczych służących do przetwarzania danych medycznych w wymiarze:**   * powyżej 3 lat - do 5 lat * powyżej 5 lat - do 10 lat * powyżej 10 lat   **Ad. 2) Doświadczenie w zakresie administracji urządzeniami sieciowymi w tym Firewall/UTM w wymiarze;**   * powyżej 3 lat - do 5 lat * powyżej 5 lat - do 10 lat * powyżej 10 lat   **Ad.3) Doświadczenie w zakresie administracji systemami do wirtualizacji VMWare w wymiarze;**   * powyżej 3 lat - do 5 lat * powyżej 5 lat - do 10 lat * powyżej 10 lat   *…………………………………………………………………………………………………………*  *…………………………………………………………………………………………………………*  *…………………………………………………………………………………………………………*  *Proszę podać nazwę podmiotów na rzecz, których świadczone były usługi, okres realizacji (od mm/rrrr do mm/rrrr)).).* |

*\*Uwaga: w przypadku braku jednoznacznego określenia (zaznaczenia) posiadanego doświadczenia zawodowego przez wpisanie znaku X – Zamawiający uzna, iż wskazana osoba nie posiada doświadczenia zawodowego premiowanego punktami, oferta w takim przypadku otrzyma 0 pkt.*

**Dotyczy Części nr 2 zamówienia - Administracja środowiskiem aplikacyjnym systemu e-KRN+.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Informacja w zakresie dodatkowo punktowanego w kryterium oceny ofert doświadczenia zawodowego** | **Doświadczenie zawodowe posiadane przez wskazaną osobę** |
| **Administrator systemów aplikacyjnych**  **…………………………**  **…………………………**  *(Imię, nazwisko)* | Doświadczenie zawodowe w zakresie administracji systemami w podmiotach leczniczych służących do przetwarzania danych medycznych w wymiarze**:**   * powyżej 3 lat - do 5 lat – 5 pkt. * powyżej 5 lat - do 10 lat – 15 pkt. * powyżej 10 lat - 20 pkt. | *(Proszę zaznaczyć właściwe przez wstawienie znaku* ***X\*****)*   * powyżej 3 lat - do 5 lat * powyżej 5 lat - do 10 lat * powyżej 10 lat   *…………………………………………………………………………………………………………*  *…………………………………………………………………………………………………………*  *…………………………………………………………………………………………………………*  *(Proszę podać nazwę podmiotów na rzecz, których świadczone były usługi, okres realizacji (od mm/rrrr do mm/rrrr)).).* |

*\*Uwaga: w przypadku braku jednoznacznego określenia (zaznaczenia) posiadanego doświadczenia zawodowego przez wpisanie znaku X – Zamawiający uzna, iż wskazana osoba nie posiada doświadczenia zawodowego premiowanego punktami, oferta w takim przypadku otrzyma 0 pkt.*

UWAGA:

1. Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf
2. Dokument musi być opatrzony, przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód).