**Załącznik nr 7 do SIWZ**

***…………………………………….***

*pieczęć firmowa*

**WYKAZ OSÓB  
skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na zadanie pn.:

**„Scalenie baz danych administracyjnych systemów firmy Asseco programu Infomedica”**

**znak sprawy: DZP/PN/63/2018**

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

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

*(podać pełną nazwę i adres/siedzibę Wykonawcy)*

Przedkładamy wykaz osób potwierdzający spełnienie warunków udziału w postępowaniu w zakresie dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, certyfikaty**  (numer, rodzaj i zakres posiadanych uprawnień oraz certyfikatów) | **Doświadczenie** co najmniej trzy lata w świadczeniu usług serwisu informatycznego w podmiotach leczniczych | **Wykształcenie** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |

Data: ..........................................

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

(pieczątka, podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, certyfikaty**  (numer, rodzaj i zakres posiadanych uprawnień oraz certyfikatów) | **Doświadczenie** wiedza w zakresie administrowania oprogramowaniem bazodanowym ORACLE, potwierdzoną minimum jednym z certyfikatów oprogramowania bazodanowego Oracle Database Administrator Workshop I oraz Oracle Database Administrator Workshop II. | **Wykształcenie** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |

Data: ..........................................

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

(pieczątka, podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)