**Załącznik nr 7 do SWZ w zakresie Pakietu nr 1**

**Nr postępowania: 34/2025.**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„Świadczenie usług serwisowych systemów InfoMedica/AMMS oraz infrastruktury krytycznej IT dla SP ZOZ MSWiA w Szczecinie”**

ja, niżej podpisany ……………............................................................................. działając w imieniu i na rzecz:

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

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

(pełna nazwa oraz adres siedziby Wykonawcy)

poniżej przedkładam:

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  **Informacja o podstawie do dysponowania**  **na dzień składania ofert** | **Rodzaj specjalności** | **Posiadany aktualny certyfikat dla modułu**  **wystawiony przez producenta Asseco Poland S.A.** |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Finansów i Księgowości – moduł  Finanse i Księgowość (InfoMedica) |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Finansów i Księgowości – moduł  Finanse i Księgowość (InfoMedica) |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Finansów i Księgowości –  moduł Gospodarka Materiałowa (InfoMedica) |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Finansów i Księgowości –  moduł Środki Trwałe (InfoMedica) |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Kadr i Płac – moduł Kadry i Płace oraz moduł HR Portal |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Systemów Medycznych –  z modułu Medycyna Pracy (AMMS) |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Systemów Medycznych –  z modułu Blok Operacyjny (AMMS) |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Systemów Medycznych –  z modułu Ruch Chorych (AMMS) oraz modułu Lecznictwo Otwarte (AMMS) |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Systemów Medycznych –  z modułu Ruch Chorych (AMMS) oraz modułu Lecznictwo Otwarte (AMMS) |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Systemów Medycznych –  moduł Apteka (AMMS) |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Systemów Medycznych –  moduł Rozliczenia (AMMS) |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Systemów Medycznych –  moduł Rozliczenia (AMMS) |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Systemów Medycznych –  moduł Zarządzanie Dokumentacją Medyczną (AMMS) |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Systemów Medycznych –  moduł Rehabilitacja (AMMS) |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Systemów Medycznych –  moduł Laboratorium z Mikrobiologią (InfoMedica) |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Systemów Medycznych –  moduł Medyczny Portal Informacyjny (AMMS) |  |

............................., dnia ...................................... .................................................

podpis(y)

**Załącznik nr 7 do SWZ w zakresie Pakietu nr 2**

**Nr postępowania: 34/2025.**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„Świadczenie usług serwisowych systemów InfoMedica/AMMS oraz infrastruktury krytycznej IT dla SP ZOZ MSWiA w Szczecinie.”**

ja, niżej podpisany ……………............................................................................. działając w imieniu i na rzecz:

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

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

(pełna nazwa oraz adres siedziby Wykonawcy)

poniżej przedkładam:

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  **Osoby** | **Rodzaj specjalności** | **Posiadany certyfikat/uprawnienia**  **numer i data wydania** |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Bezpieczeństwa –wymagane certyfikaty:  1. SSCP System Security Certified Practitioner lub równoważny;  2. Information Security Management Systems (ISMS) Auditor/Lead Auditor (ISO/IEC 27001:2013 & EN IOS/IEC 27001:2017) lub równoważny,  3. NSE 4Network Security Professional lub równoważny. |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Systemów IT – wymagany certyfikat:  1. Azure Fundamentals AZ-900 lub równoważny,  2. Linux Essentials LE-1 lub równoważny. |  |
| …………………………………………….  imię i nazwisko | Specjalista ds. Wirtualizacji – wymagane certyfikaty:  1. Vmware Certified Professional Data Center Virtualization 2023 lub równoważny. |  |

...................................., dnia ...................................... .................................................

podpis(y)