**Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **WYKAZ USŁUG** |

**MY NIŻEJ PODPISANI[[1]](#footnote-1)** .................................................................................................................................................................................................................... .........................................................................................................................................................................................................................................................

działając w imieniu i na rzecz .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*[nazwa (firma) i dokładny adres Wykonawcy]*

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.**„Obsługa konserwacyjna, rozwój systemu oraz bieżący nadzór nad systemem gromadzenia, przetwarzania, analizy i udostępniania danych zbieranych w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej (OBChSO)” (znak postępowania:** **D.DZP.260.1864.2025), w celu potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu w zakresie wymaganej zdolności zawodowej, OŚWIADCZAMY, że** **w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert (a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy   
– w tym okresie), należycie zrealizowaliśmy następujące usługi:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunek udziału w postępowaniu** | **Doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonania Zamówienia** | **Podmiot, na zlecenie którego usługa została wykonana (zleceniodawca)** | **Data wykonania**  *(od dd-mm-rrrr  do dd-mm-rrrr)* | **Czy zamówienie zostało zrealizowane przez podmiot udostępniający swoje zasoby Wykonawcy** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **6** | **7** |
| **Warunek dotyczący zdolności zawodowej w zakresie wiedzy i doświadczenia** | | | | | |
| 1. | **W okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert (a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie), wykonał należycie co najmniej 2 (dwie) usługi realizowane przez min. 12 miesięcy w trybie ciągłym, o wartości nie mniejszej niż 100 000 zł brutto każda, polegające na świadczeniu stałych usług serwisowych i rozwojowych systemu informatycznego przetwarzającego dane medyczne, rozliczeniowe lub statystyczne z wykorzystaniem klasyfikacji ICD-10 oraz ICD-9 PL do kodowania danych medycznych obejmujących:**  **• monitorowanie pracy systemu,**  **• usuwanie błędów,**  **• rozwój funkcjonalny,**  **• konsultacje techniczne,**  **• wsparcie użytkowników.** | **1.**  **Nazwa usługi: ………..**  **Zakres przedmiotowy usługi: ………………………………………………………………………………………………………………………..**  **Wartość brutto usługi: ……………..**  Czy usługa polegała na świadczeniu stałych usług serwisowych i rozwojowych systemu informatycznego przetwarzającego dane medyczne, rozliczeniowe lub statystyczne z wykorzystaniem klasyfikacji ICD-10 oraz ICD-9 PL do kodowania danych medycznych wskazanych w kolumnie nr 2?: **TAK/NIE\*** |  | ***od*** *dd.mm.rrrr*  ***do*** *dd.mm.rrrr* | TAK/NIE\* |
| **2.**  **Nazwa usługi: ………………………..**  **Zakres przedmiotowy usługi: ……………………………………………………………………………………………………………………….**  **Wartość brutto usługi: ………………….**  Czy usługa polegała na świadczeniu stałych usług serwisowych i rozwojowych systemu informatycznego przetwarzającego dane medyczne, rozliczeniowe lub statystyczne z wykorzystaniem klasyfikacji ICD-10 oraz ICD-9 PL do kodowania danych medycznych wskazanych w kolumnie nr 2?: **TAK/NIE\*** |  | ***od*** *dd.mm.rrrr*  ***do*** *dd.mm.rrrr* | TAK/NIE\* |
| 2. | **W okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert (a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie), wykonał należycie co najmniej jedną usługę obejmującą łącznie:**   * **przekazywania przez podmioty danych do centralnego systemu sprawozdawczego jakim jest OBChSO w zakresie ochrony zdrowia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,** * **oraz z liczbą użytkowników końcowych co najmniej 50 podmiotów raportujących/ instytucji/placówek,** * **oraz wymogiem raportowania danych w cyklach regularnych (np. miesięcznych  lub kwartalnych).** | **Nazwa usługi: ………………………..**  **Zakres przedmiotowy usługi: ………………………………………………………………………………………………………………………..**  Czy zakres usługi obejmował przekazywania przez podmioty danych do centralnego systemu sprawozdawczego jakim jest OBChSO w zakresie ochrony zdrowia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa **– TAK/NIE\***  Czy zakres usługi obejmowałliczbę użytkowników końcowych co najmniej 50 podmiotów raportujących/ instytucji/placówek **– TAK/NIE\***  Czy zakres usługi obejmowałwymóg raportowania danych w cyklach regularnych (np. miesięcznych  lub kwartalnych) – **TAK/NIE\*** |  |  |  |
| 3. | **W okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert (a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie), wykonał należycie co najmniej jedną usługę obejmującą łącznie:**   * **modyfikację systemu obejmującą budowę/rozwój mechanizmów eksportu danych lub reguł walidacji danych,**   **ORAZ**   * **integrację systemu z rejestrami zewnętrznymi (np. rejestry statystyczne, zdrowotne, GUS, TERYT, REGON) lub przetwarzanie danych z takich rejestrów** | **Nazwa usługi: ………………………..**  **Zakres przedmiotowy usługi: ………………………………………………………………………………………………………………………..**  Czy zakres usługi obejmowałmodyfikację systemu obejmującą budowę/rozwój mechanizmów eksportu danych lub reguł walidacji danych – **TAK/NIE\***  Czy zakres usługi obejmował integrację systemu z rejestrami zewnętrznymi (np. rejestry statystyczne, zdrowotne, GUS, TERYT, REGON) lub przetwarzanie danych z takich rejestrów – **TAK/NIE\*** |  |  |  |

**\*niepotrzebne skreślić**

**Uwaga:**

**Wraz z wykazem Wykonawca jest zobowiązany przedłożyć dowody potwierdzające, że usługi wskazane w Wykazie usług zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane.**

*Dokument podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

1. [↑](#footnote-ref-1)