Załącznik nr 3 do Zapytania Ofertowego nr 5/KPO/BCM

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

(Pieczęć Wykonawcy / Lidera Konsorcjum)

**WYKAZ USŁUG (DOSTAW)**

potwierdzających spełnianie warunków udziału w postępowaniu

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia na: „Wdrożenie SZBI, usługi SOC oraz szkolenia dla personelu” (nr sprawy: 5/KPO/BCM)

oświadczam(y), że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert (a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie), wykonaliśmy następujące usługi potwierdzające posiadanie niezbędnej wiedzy i doświadczenia:

**I. DOŚWIADCZENIE W ZAKRESIE USŁUG SOC (Warunek "a")**

*Wymagane: min. 2 usługi ciągłego monitorowania (24/7/365) w jednostce ochrony zdrowia (>300 osób), świadczone przez min. 12 kolejnych miesięcy.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego usługa była/jest wykonywana (Odbiorca)** | **Przedmiot usługi (krótki opis)** | **Skala podmiotu / Zatrudnienie (potwierdzenie wymogu >300 osób)** | **Okres realizacji (dd-mm-rrrr do dd-mm-rrrr)** | **Czy usługa została wykonana należycie?** | **Podmiot udostępniający zasób\* (jeśli dotyczy)** |
| 1. |  |  | ................................... (liczba osób) | Od: ................... Do: ................... (min. 12 miesięcy) | TAK / NIE\*\* |  |
| 2. |  |  | ................................... (liczba osób) | Od: ................... Do: ................... (min. 12 miesięcy) | TAK / NIE\*\* |  |

**II. DOŚWIADCZENIE W ZAKRESIE WDROŻEŃ EDR (Warunek "b")**

*Wymagane: min. 1 wdrożenie EDR o skali min. 500 punktów końcowych.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego usługa została wykonana** | **Przedmiot usługi (w tym nazwa wdrożonego systemu EDR)** | **Liczba chronionych punktów końcowych (potwierdzenie wymogu >500)** | **Data zakończenia wdrożenia (dd-mm-rrrr)** | **Czy usługa została wykonana należycie?** | **Podmiot udostępniający zasób\* (jeśli dotyczy)** |
| 1. |  |  | ................................... (szt.) | ................... | TAK / NIE\*\* |  |

**III. DOŚWIADCZENIE W ZAKRESIE WDROŻEŃ SZBI (Warunek "c")**

*Wymagane: min. 2 wdrożenia SZBI (ISO 27001) dla podmiotu medycznego ("dane wrażliwe na dużą skalę") LUB podmiotu >300 pracowników.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego usługa została wykonana** | **Przedmiot usługi (opis zakresu wdrożenia ISO 27001)** | **Charakterystyka podmiotu (proszę wpisać: "Podmiot medyczny" lub liczbę pracowników >300)** | **Data zakończenia wdrożenia (dd-mm-rrrr)** | **Czy usługa została wykonana należycie?** | **Podmiot udostępniający zasób\* (jeśli dotyczy)** |
| 1. |  |  |  | ................... | TAK / NIE\*\* |  |
| 2. |  |  |  | ................... | TAK / NIE\*\* |  |

**IV. DOŚWIADCZENIE W ZAKRESIE E-LEARNINGU (Warunek "d")**

*Wymagane: min. 1 usługa szkolenia e-learningowego (cyber/RODO) dla grupy min. 300 użytkowników.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego usługa została wykonana** | **Przedmiot usługi (tematyka szkolenia)** | **Liczba przeszkolonych użytkowników (potwierdzenie wymogu >300)** | **Data wykonania (dd-mm-rrrr)** | **Czy usługa została wykonana należycie?** | **Podmiot udostępniający zasób\* (jeśli dotyczy)** |
| 1. |  |  | ................................... (osób) | ................... | TAK / NIE\*\* |  |

**UWAGI I OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:**

1. **Dowody:** Do niniejszego wykazu dołączam(y) dowody określające, czy usługi te zostały wykonane lub są wykonywane należycie (np. referencje, protokoły odbioru, oświadczenia wykonawcy – w przypadku uzasadnionego braku możliwości uzyskania referencji).
2. **Usługi ciągłe (dotyczy Tabeli I):** Oświadczam(y), że w przypadku usług wskazanych jako "nadal wykonywane", realizacja trwa nieprzerwanie przez okres wymagany w Zapytaniu Ofertowym (minimum 12 miesięcy na dzień składania ofert).
3. **Łączenie potencjałów:**
   * W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie, spełnienie warunków wykazujemy łącznie (tabela może zawierać usługi różnych konsorcjantów).
   * W przypadku korzystania z zasobów podmiotu trzeciego, dołączam(y) Zobowiązanie tego podmiotu (Załącznik nr 5) oraz dowody (referencje) wystawione na ten podmiot.

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

(miejscowość, data)

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

(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)

\* Należy wypełnić tylko w przypadku, gdy Wykonawca polega na zasobach innego podmiotu w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu.

\*\* Niepotrzebne skreślić.