*Załącznik nr 1b – wykaz osób*

dotyczy postępowania znak. ZP/2501/76/25 – Zakup sprzętu informatycznego, usług i systemów związanych z konkursem Inwestycja D1.1.2 Przyspieszenie procesów transformacji cyfrowej ochrony zdrowia poprzez dalszy rozwój usług cyfrowych w ochronie zdrowia

 **dotyczy cz. nr 2**

|  |
| --- |
| Imię i Nazwisko, **specjalisty ds. baz danych** (min. 3 lata doświadczenia w administrowaniu relacyjnymi bazami danych). Należy przedstawić informacje o doświadczeniu w zakresie administrowania relacyjnymi bazami danych) (miejsce, zakres oraz przedział czasowy wykonywanych usług, w celu potwierdzenia wymaganego doświadczenia.  |
| 1. |  |
| Imię i Nazwisko, **specjalisty** **ds. integracji HL7/DICOM** (min. 2 wdrożenia PACS/RIS lub równoważnych). Należy przedstawić informacje o doświadczeniu w zakresie wdrażania systemu PACS/RIS lub równoważnych (miejsce, zakres oraz przedział czasowy wykonywanych usług, w celu potwierdzenia wymaganego doświadczenia.  |
| 2. |  |
| Imię i Nazwisko, **inżyniera** **ds. PACS/RIS** (min. 3 lata doświadczenia we wdrożeniach PACS/RIS)**.**Należy przedstawić informacje o doświadczeniu w zakresie wdrażania systemu PACS/RIS (miejsce, zakres oraz przedział czasowy wykonywanych usług, w celu potwierdzenia wymaganego doświadczenia.  |
| 3. |  |

**dotyczy cz. nr 3**

|  |
| --- |
| Imię i Nazwisko, **specjalista ds. digitalizacji (**min. 2 wdrożenia systemów digitalizacji). Należy przedstawić informacje o doświadczeniu w zakresie wdrożenia systemów digitalizacji (miejsce, zakres oraz przedział czasowy wykonywanych usług, w celu potwierdzenia wymaganego doświadczenia.  |
| 1. |  |
| Imię i Nazwisko, **programista/analityk integracji HIS** (min. 2 lata doświadczenia w integracji systemów IT z HIS). Należy przedstawić informacje o doświadczeniu w zakresie w integracji systemów IT z HIS (miejsce, zakres oraz przedział czasowy wykonywanych usług, w celu potwierdzenia wymaganego doświadczenia.  |
| 2. |  |
| Imię i Nazwisko, **trener/szkoleniowiec** (min. 2 przeprowadzone szkolenia użytkowników systemów IT w podmiotach publicznych)Należy przedstawić informacje o doświadczeniu w zakresie szkolenia użytkowników systemów IT w podmiotach publicznych (miejsce, zakres oraz przedział czasowy wykonywanych usług, w celu potwierdzenia wymaganego doświadczenia.  |
| 3. |  |

**dotyczy cz. nr 4**

|  |
| --- |
| Imię i Nazwisko, **analityk biznesowy HIS** (min. 2 lata doświadczenia w analizie i wdrożeniach HIS w ochronie zdrowia) Należy przedstawić informacje o doświadczeniu w analizie i wdrożeniach HIS w ochronie zdrowia (miejsce, zakres oraz przedział czasowy wykonywanych usług, w celu potwierdzenia wymaganego doświadczenia.  |
| 1. |  |
| Imię i Nazwisko, **programista/integrator HIS (**min. 2 wdrożenia HIS AMMS lub równoważnego z integracją NFZNależy przedstawić informacje o doświadczeniu w zakresie wdrożenia HIS AMMS lub równoważnego z integracją NFZ (miejsce, zakres oraz przedział czasowy wykonywanych usług, w celu potwierdzenia wymaganego doświadczenia.  |
| 2. |  |
| Imię i Nazwisko, **inżynier wdrożeniowy HIS** (min. 3 lata doświadczenia we wdrożeniach HIS)Należy przedstawić informacje o doświadczeniu we wdrożeniach HIS (miejsce, zakres oraz przedział czasowy wykonywanych usług, w celu potwierdzenia wymaganego doświadczenia.  |
| 3. |  |

**dotyczy cz. nr 5**

|  |
| --- |
| Imię i Nazwisko, **inżynier sieciowy** (certyfikat CCNP lub równoważny, min. 3 lata doświadczenia w projektowaniu i administrowaniu LAN/WLAN).Należy przedstawić informacje o doświadczeniu w w powyższym zakresie (miejsce, zakres oraz przedział czasowy wykonywanych usług, w celu potwierdzenia wymaganego doświadczenia.  |
| 1. |  |
| Imię i Nazwisko, **specjalista ds. bezpieczeństwa sieciowego** (min. 2 wdrożenia urządzeń klasy UTM)Należy przedstawić informacje o doświadczeniu w powyższym zakresie (miejsce, zakres oraz przedział czasowy wykonywanych usług, w celu potwierdzenia wymaganego doświadczenia.  |
| 2. |  |
| Imię i Nazwisko, **administrator VLAN/firewall** (min. 2 lata doświadczenia w konfiguracji VLAN i systemów firewall). Należy przedstawić informacje o doświadczeniu w powyższym zakresie (miejsce, zakres oraz przedział czasowy wykonywanych usług, w celu potwierdzenia wymaganego doświadczenia.  |
| 3. |  |

|  |
| --- |
| kwalifikowany podpis elektroniczny  |

Uwaga.

1. Zamawiający dopuszcza możliwość łączenia wymaganych funkcji przez 1 lub 2 osoby.
2. Zamawiający dopuszcza mośliwość, ograniczenia treści niniejszego dokumenty wyłącznie do części, n które wykonawca sklada ofertę (wykreśleni lub skasowanie zbędnych zseatawień)