**Propozycja/wzór**

**Wykaz osób**

**Załącznik nr 7 do IDW**

**Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

ul. Podróżnicza 26/28

53-208 Wrocław

NIP: 894 24 60 800; REGON: 000313331

**Znak postępowania WCZ-SI/542/7/2017**

**„Wykonanie i wdrożenie Elektronicznego Systemu Zarządzania Informacją (EZD + hurtownia danych) we Wrocławskim Centrum Zdrowia SP ZOZ”**

**WYKAZ OSÓB**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Funkcja (zakres wykonywanych czynności) | | Imię i nazwisko | | Kwalifikacje zawodowe  (posiadane certyfikaty) | | Informacja o podstawie dysponowania |
| 1 | **Kierownik projektu** | |  | |  | | Zasób własny/innego podmiotu\* |
| Doświadczenie /opis/: | | | | | | |
| 2 | **Ekspert nr 1** | |  | |  | | Zasób własny/innego podmiotu\* |
| Doświadczenie /opis/: | | | | | | |
| 3 | **Ekspert nr 2** | |  | |  | | Zasób własny/innego podmiotu\* |
| Doświadczenie /opis/: | | | | | | |
| 4 | **Ekspert nr 3** |  | |  | | Zasób własny/innego podmiotu\* | |
| Doświadczenie /opis/: | | | | | | |

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

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy