**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 …………**

**„Rozbudowa oprogramowania medycznego poprzez wykonanie i wdrożenie systemu PACS wraz z opieką serwisową 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/: | | | |

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy