Załącznik nr 6 do SIWZ

Załącznik nr 6 do Umowy

**znak postępowania ZP/2019/4**

Wykaz osób skierowanych do realizacji Umowy (na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu)

--------------------------------------------------

(pieczęć Wykonawcy / Wykonawców)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby,** **która będzie uczestniczyła w wykonywaniu zamówienia** | **Funkcja pełniona w toku realizacji zamówienia** | **Doświadczenie** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą** |
| **1** |  | inżynier | Na potwierdzenie spełniania warunku 4.2.3.2 lit. a SIWZ. Posiada dwa lata doświadczenia we wdrożeniu, konfiguracji, administracji i zarządzania Systemem w rygorach SLA.Wykaz usług i ich zleceniodawców:1. …………………………………………..

Data rozpoczęcia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Data zakończenia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Zleceniodawca usługi (nazwa) ……………………………………………Adres zleceniodawcy …………………………………………….1. …………………………………………..

Data rozpoczęcia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Data zakończenia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Zleceniodawca usługi (nazwa) ……………………………………………Adres zleceniodawcy …………………………………………….1. ………………………………………….

Data rozpoczęcia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Data zakończenia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Zleceniodawca usługi (nazwa) ……………………………………………Adres zleceniodawcy …………………………………………….1. …………………………………………

Data rozpoczęcia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Data zakończenia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Zleceniodawca usługi (nazwa) ……………………………………………Adres zleceniodawcy ……………………………………………. |  |
| **2** |  | inżynier | Na potwierdzenie spełniania warunku 4.2.3.2 lit. a SIWZ. Posiada dwa lata doświadczenia we wdrożeniu, konfiguracji, administracji i zarządzania Systemem w rygorach SLA.Wykaz usług i ich zleceniodawców:1. …………………………………………..Data rozpoczęcia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Data zakończenia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Zleceniodawca usługi (nazwa) ……………………………………………Adres zleceniodawcy …………………………………………….2. …………………………………………..Data rozpoczęcia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Data zakończenia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Zleceniodawca usługi (nazwa) ……………………………………………Adres zleceniodawcy …………………………………………….3. ………………………………………….Data rozpoczęcia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Data zakończenia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Zleceniodawca usługi (nazwa) ……………………………………………Adres zleceniodawcy …………………………………………….4. …………………………………………Data rozpoczęcia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Data zakończenia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Zleceniodawca usługi (nazwa) ……………………………………………Adres zleceniodawcy …………………………………………….o których mowa w pkt 4.2.3.2 lit.a tiret drugi SIWZ |  |
| **3** |  | konsultant | Na potwierdzenie spełniania warunku 4.2.3.2 lit. b SIWZ. Posiada co najmniej dwuletnie doświadczenie w świadczeniu usług przyjmowania zgłoszeń, zdalnej pomocy rozwiązywanie problemów użytkowników w zakresie Systemu Contact Center w rygorach SLA. Wykaz usług i ich zleceniodawców:1. Data rozpoczęcia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)

Data zakończenia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Zleceniodawca usługi (nazwa) ……………………………………………Adres zleceniodawcy …………………………………………….1. Data rozpoczęcia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)

Data zakończenia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Zleceniodawca usługi (nazwa) ……………………………………………Adres zleceniodawcy …………………………………………….1. Data rozpoczęcia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)

Data zakończenia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Zleceniodawca usługi (nazwa) ……………………………………………Adres zleceniodawcy ……………………………………………. |  |
| **4** |  | konsultant | Na potwierdzenie spełniania warunku 4.2.3.2 lit. b SIWZ. Posiada co najmniej dwuletnie doświadczenie w świadczeniu usług przyjmowania zgłoszeń, zdalnej pomocy rozwiązywanie problemów użytkowników w zakresie Systemu Contact Center w rygorach SLA. Wykaz usług i ich zleceniodawców:1. Data rozpoczęcia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)

Data zakończenia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Zleceniodawca usługi (nazwa) ……………………………………………Adres zleceniodawcy …………………………………………….1. Data rozpoczęcia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)

Data zakończenia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Zleceniodawca usługi (nazwa) ……………………………………………Adres zleceniodawcy …………………………………………….1. Data rozpoczęcia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)

Data zakończenia realizacji usługi ……………………… (dd.mm.rrrr)Zleceniodawca usługi (nazwa) ……………………………………………Adres zleceniodawcy ……………………………………………. |  |

Data

…………………………………………………………………………………………..

(podpis osoby/ób uprawnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy)