**Załącznik nr 8 do SWZ**

**NR. POSTĘPOWANIA 5/UMSR/2024**

***Załącznik składany na wezwanie Zamawiającego***

**WYKAZ USŁUG**

My (ja), niżej podpisani(y)

(pełna nazwa Wykonawcy)

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

(adres i siedziba Wykonawcy)

........................................................................................................................................(adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na wyłonienie Wykonawcy na ***Świadczenie serwisowych usług pogwarancyjnych Małopolskiego Systemu Radiołączności,***

prowadzonego przez Krakowskie Pogotowie Ratunkowe (zwanego dalej Zamawiającym”) **przedstawiam(y), wykaz wykonanych usług** w okresie ostatnich 3 lat, a w przypadku, gdy okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie, licząc wstecz od dnia upływu terminu składania ofert, wykonał lub wykonuje, tj. zrealizował lub realizuje co najmniej **3 zamówienia** (trzy odrębne kontrakty), obejmujące swoim zakresem serwisowanie pogwarancyjne systemów Radiołączności dla służb publicznych, opartych o zdalne sterowanie po sieci IP świadczone na urządzeniach dostarczonych przez Wykonawcę, o wartości nie mniejszej niż **50 000,00 PLN brutto każda**  (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych), a usługi te zostały wykonane należycie.

Zamawiający „odrębny kontrakt” rozumie jako jedną, pisemną umowę odpłatną –   
a nie sumę pojedynczych ustnych bądź pisemnych zleceń realizowanych na rzecz tego samego podmiotu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj informacji** | **Informacje o zamówieniu (wypełnia Wykonawca)** |
| 1 | Nazwa Zamówienia |  |
| Zakres usług |  |
| Wartość brutto usług ogółem |  |
| Data rozpoczęcia świadczenia usługi |  |
| Data zakończenia /o ile dotyczy/ |  |
| Zamawiający (nazwa i adres) |  |
| 2 | Nazwa Zamówienia |  |
| Zakres usług |  |
| Wartość brutto usług ogółem |  |
| Data rozpoczęcia świadczenia usługi |  |
| Data zakończenia /o ile dotyczy/ |  |
| Zamawiający (nazwa i adres) |  |
| 3 | Nazwa Zamówienia |  |
| Zakres usług |  |
| Wartość brutto usług ogółem |  |
| Data rozpoczęcia świadczenia usługi |  |
| Data zakończenia /o ile dotyczy/ |  |
| Zamawiający (nazwa i adres) |  |

**UWAGA: Do wykazu należy dołączyć dowody określające, czy usługi te zostały wykonane należycie** tj. w szczególności informacji o tym czy usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane.

Jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy.

W przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;

**W przypadku, gdy Wykonawca polega na zasobach podmiotów udostępniających zasoby,** w celu wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu, podmiotowe środki dowodowe, winny zostać przedstawione przez ten podmiot, w zakresie w jakim Wykonawca powołuje się na jego zasoby.

**Plik/dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym***.*

**Załącznik nr 9 do SWZ**

**NR. POSTĘPOWANIA 5/UMSR/2024**

***Załącznik składany na wezwanie Zamawiającego***

**WYKAZ OSÓB**

My (ja), niżej podpisani(y)

(pełna nazwa Wykonawcy)

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

(adres i siedziba Wykonawcy)

........................................................................................................................................(adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na wyłonienie Wykonawcy na ***Świadczenie serwisowych usług pogwarancyjnych Małopolskiego Systemu Radiołączności,*”** prowadzonego przez Krakowskie Pogotowie Ratunkowe (zwanego dalej Zamawiającym”) **przedstawiam(y), wykaz osób** skierowanych do realizacji zamówienia publicznego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Posiadane kwalifikacje zawodowe (uprawnienia): | **Podstawa do dysponowania osoba skierowaną do realizacji zamówienia** |
| 1 |  | Jedna osobą posiadająca uprawnienia potwierdzone certyfikatem i doświadczenie w serwisowaniu systemów radiołączności opartych na zdalne sterowanie po IP lub równoważny  **TAK / NIE\*** |  |
| Jedna osoba posiadająca certyfikat i doświadczenie w serwisowaniu urządzeń opartych na systemie linuks lub równoważny  **TAK / NIE\*** |  |
| 2 |  | Jedna osobą posiadająca uprawnienia potwierdzone certyfikatem i doświadczenie w serwisowaniu systemów radiołączności opartych na zdalne sterowanie po IP lub równoważny  **TAK / NIE\*** |  |
| Jedna osoba posiadająca certyfikat i doświadczenie w serwisowaniu urządzeń opartych na systemie linuks lub równoważny  **TAK / NIE\*** |

\* podkreślić odpowiednie.

Zamawiający uzna warunek za spełniony również w przypadku łącznego posiadania przez wskazaną/e osobę/y więcej niż jednego z ww. uprawnień, z zastrzeżeniem, że łącznie Wykonawca zapewni co najmniej 2 osoby

**Plik/dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym***.*