**Załącznik nr 5 do SWZ**

**SzW/7/2022**

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

 pieczęć Wykonawcy

**wykonanie audytu bezpieczeństwa środowiska utworzonego w ramach projektu pn. „Wyposażenie środowisk informatycznych wojewódzkich, powiatowych i miejskich podmiotów leczniczych w narzędzia informatyczne umożliwiające wdrożenie EDM oraz stworzenie sieci wymiany danych między podmiotami leczniczymi samorządu województwa”**

**WYKAZ OSÓB**

skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia, zgodnie z warunkiem udziału określonym w **SWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja** | **Wykształcenie**  | **Uprawnienia** | **Doświadczenie zawodowe**  | **Podstawa** **do dysponowania daną osobą** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że wyżej wymienione osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia posiadają wymagane doświadczenie.

*...................................... ..............................................*

 *Miejscowość, data Podpis osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy*