**Załącznik nr 5 do SIWZ**

(pieczęć Wykonawcy)

**DOŚWIADCZENIE W DORADZTWIE**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **Świadczenie usług inżyniera kontraktu dla Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, jako doradztwo i nadzór w realizacji projektu „InPlaMed WŚ**,

**oświadczam(y), że spełniamy kryterium pozacenowe potwierdzające spełnianie warunku posiadania osoby pełniącej funkcję inżyniera kontraktu w zakresie doświadczenia w projektach dotyczących nadzoru i doradztwa w realizacji projektów informatyzacji jednostek ochrony zdrowia o wartości projektu ponad 1.500.000,00 zł brutto**

**Imię i nazwisko osoby pełniącej funkcję kierownika projektu:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa/rodzaj projektu** | **Opis projektu (czego dotyczył)** | **Wartość projektu brutto w zł** | **Funkcja pełniona w danym projekcie** | **Data przystąpienia do realizacji projektu oraz daty odbioru końcowego** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

**Uwaga!**

**Wykonawca posiada uprawnienie do modyfikacji niniejszego załącznika zgodnie z własnymi potrzebami, koniecznymi do czytelnego oraz zupełnego i jasnego przedstawienia Zamawiającemu etapów realizacji przedmiotu zamówienia.**

**W związku z tym Wykonawca może dodawać, dzielić lub rozszerzać kolumny i wiersze.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy | | | |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |