**Tekst jednolity z dnia 26 lutego 2019 r.**

*Załącznik nr 6 do Ogłoszenia*

**WYKONAWCA:**

Nazwa .........................................…

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Naukowa i Akademicka Sieć Komputerowa – Państwowy Instytut Badawczy**

**ul. Kolska 12**

**01-045 Warszawa**

**WYKAZ OSÓB[[1]](#footnote-1)**

Nawiązując do Ogłoszenia o zamówieniu dot. **przeprowadzenia szkoleń specjalistycznych dla członków zespołu projektowego w ramach Projektu pn. “EZD RP – elektroniczne zarządzanie dokumentacją w administracji publicznej”**

**znak postępowania: ZZ.2111.70.2019.PKO [EZD RP]**

*poniżej przedstawiamy wykaz osób które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, odpowiedzialnych za świadczenie usług - spełniających warunki udziału w postępowaniu określone w rozdziale IV pkt 1 ppkt 2) Ogłoszenia:*

***Dotyczy Części I:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB SPEŁNIAJĄCYCH WARUNEK UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OKREŚLONY W ROZDZIALE IV PKT 1 PPKT 2) OGŁOSZENIA** | | | |
| **LP.** | **Wyszczególnienie** | **Informacja Wykonawcy** | |
| **Osoba (trener), spełniająca następujące wymagania:** | | | |
| 1 | Imię i nazwisko |  | |
| 2 | Podstawa dysponowania ww. osobą  *(niewłaściwe skreślić)* | Zasób własny Wykonawcy\* | Zasób podmiotu trzeciego\* |
| **USŁUGA NR 1** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii Angular? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 2** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii Angular? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 3** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii Angular? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 4** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii Angular? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 5** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii Angular? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |

***Dotyczy Części II:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB SPEŁNIAJĄCYCH WARUNEK UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OKREŚLONY W ROZDZIALE IV PKT 1 PPKT 2) OGŁOSZENIA** | | | |
| **LP.** | **Wyszczególnienie** | **Informacja Wykonawcy** | |
| **Osoba (trener), spełniająca następujące wymagania:** | | | |
| 1 | Imię i nazwisko |  | |
| 2 | Podstawa dysponowania ww. osobą  *(niewłaściwe skreślić)* | Zasób własny Wykonawcy\* | Zasób podmiotu trzeciego\* |
| **USŁUGA NR 1** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii React i/lub graficznego projektowania interfejsów? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 2** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii React i/lub graficznego projektowania interfejsów? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 3** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii React i/lub graficznego projektowania interfejsów? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 4** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii React i/lub graficznego projektowania interfejsów? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 5** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii React i/lub graficznego projektowania interfejsów? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |

***Dotyczy Części III:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB SPEŁNIAJĄCYCH WARUNEK UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OKREŚLONY W ROZDZIALE IV PKT 1 PPKT 2) OGŁOSZENIA** | | | |
| **LP.** | **Wyszczególnienie** | **Informacja Wykonawcy** | |
| **Osoba (trener), spełniająca następujące wymagania:** | | | |
| 1 | Imię i nazwisko |  | |
| 2 | Podstawa dysponowania ww. osobą  *(niewłaściwe skreślić)* | Zasób własny Wykonawcy\* | Zasób podmiotu trzeciego\* |
| **USŁUGA NR 1** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii z wykorzystaniem projektowania (modelowania) DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 2** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii z wykorzystaniem projektowania (modelowania) DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 3** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii z wykorzystaniem projektowania (modelowania) DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 4** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii z wykorzystaniem projektowania (modelowania) DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 5** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii z wykorzystaniem projektowania (modelowania) DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |

***Dotyczy Części IV:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB SPEŁNIAJĄCYCH WARUNEK UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OKREŚLONY W ROZDZIALE IV PKT 1 PPKT 2) OGŁOSZENIA** | | | |
| **LP.** | **Wyszczególnienie** | **Informacja Wykonawcy** | |
| **Osoba (trener), spełniająca następujące wymagania:** | | | |
| 1 | Imię i nazwisko |  | |
| 2 | Podstawa dysponowania ww. osobą  *(niewłaściwe skreślić)* | Zasób własny Wykonawcy\* | Zasób podmiotu trzeciego\* |
| **USŁUGA NR 1** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii Kubernetes i/lub Docker? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu usług z użyciem technologii Kubernetes i/lub Docker? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 2** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii Kubernetes i/lub Docker ? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu usług z użyciem technologii Kubernetes i/lub Docker? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 3** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii Kubernetes i/lub Docker? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu usług z użyciem technologii Kubernetes i/lub Docker? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 4** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii Kubernetes i/lub Docker? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu usług z użyciem technologii Kubernetes i/lub Docker? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 5** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii Kubernetes i/lub Docker? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu usług z użyciem technologii Kubernetes i/lub Docker? | tak/nie\* | |

***Dotyczy Części V:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB SPEŁNIAJĄCYCH WARUNEK UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OKREŚLONY W ROZDZIALE IV PKT 1 PPKT 2) OGŁOSZENIA** | | | |
| **LP.** | **Wyszczególnienie** | **Informacja Wykonawcy** | |
| **Osoba (trener), spełniająca następujące wymagania:** | | | |
| 1 | Imię i nazwisko |  | |
| 2 | Podstawa dysponowania ww. osobą  *(niewłaściwe skreślić)* | Zasób własny Wykonawcy\* | Zasób podmiotu trzeciego\* |
| **USŁUGA NR 1** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu programowania .NET? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 2** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu programowania .NET? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 3** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu programowania .NET? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 4** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu programowania .NET? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 5** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu programowania .NET? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |

***Dotyczy Części VI:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB SPEŁNIAJĄCYCH WARUNEK UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OKREŚLONY W ROZDZIALE IV PKT 1 PPKT 2) OGŁOSZENIA** | | | |
| **LP.** | **Wyszczególnienie** | **Informacja Wykonawcy** | |
| **Osoba (trener), spełniająca następujące wymagania:** | | | |
| 1 | Imię i nazwisko |  | |
| 2 | Podstawa dysponowania ww. osobą  *(niewłaściwe skreślić)* | Zasób własny Wykonawcy\* | Zasób podmiotu trzeciego\* |
| **USŁUGA NR 1** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania .Net? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie we wdrażaniu usług opartych o mechanizm mikroserwisów? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 2** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania .Net? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie we wdrażaniu usług opartych o mechanizm mikroserwisów? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 3** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania .Net? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie we wdrażaniu usług opartych o mechanizm mikroserwisów? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 4** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania .Net? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie we wdrażaniu usług opartych o mechanizm mikroserwisów? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 5** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania .Net? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie we wdrażaniu usług opartych o mechanizm mikroserwisów? | tak/nie\* | |

***Dotyczy Części VII:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB SPEŁNIAJĄCYCH WARUNEK UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OKREŚLONY W ROZDZIALE IV PKT 1 PPKT 2) OGŁOSZENIA** | | | |
| **LP.** | **Wyszczególnienie** | **Informacja Wykonawcy** | |
| **Osoba (trener), spełniająca następujące wymagania:** | | | |
| 1 | Imię i nazwisko |  | |
| 2 | Podstawa dysponowania ww. osobą  *(niewłaściwe skreślić)* | Zasób własny Wykonawcy\* | Zasób podmiotu trzeciego\* |
| **USŁUGA NR 1** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu organizacji czasu lub radzenia sobie ze stresem związanym z naciskami czasowymi? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 2** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu organizacji czasu lub radzenia sobie ze stresem związanym z naciskami czasowymi? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 3** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu organizacji czasu lub radzenia sobie ze stresem związanym z naciskami czasowymi? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 4** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu  szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu organizacji czasu lub radzenia sobie ze stresem związanym z naciskami czasowymi? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 5** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu organizacji czasu lub radzenia sobie ze stresem związanym z naciskami czasowymi? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |

***Dotyczy Części VIII i Części IX:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB SPEŁNIAJĄCYCH WARUNEK UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OKREŚLONY W ROZDZIALE IV PKT 1 PPKT 2) OGŁOSZENIA** | | | |
| **LP.** | **Wyszczególnienie** | **Informacja Wykonawcy** | |
| **Osoba (trener), spełniająca następujące wymagania:** | | | |
| 1 | Imię i nazwisko |  | |
| 2 | Podstawa dysponowania ww. osobą  *(niewłaściwe skreślić)* | Zasób własny Wykonawcy\* | Zasób podmiotu trzeciego\* |
| **USŁUGA NR 1** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania JAVA? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 2** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania JAVA? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 3** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania JAVA? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 4** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania JAVA? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 5** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania JAVA? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |

***Dotyczy Części X:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB SPEŁNIAJĄCYCH WARUNEK UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OKREŚLONY W ROZDZIALE IV PKT 1 PPKT 2) OGŁOSZENIA** | | | |
| **LP.** | **Wyszczególnienie** | **Informacja Wykonawcy** | |
| **Osoba (trener), spełniająca następujące wymagania:** | | | |
| 1 | Imię i nazwisko |  | |
| 2 | Podstawa dysponowania ww. osobą  *(niewłaściwe skreślić)* | Zasób własny Wykonawcy\* | Zasób podmiotu trzeciego\* |
| **USŁUGA NR 1** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania NET i architektury DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu i zarządzaniu serwisami z użyciem DDD? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 2** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania NET i architektury DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu i zarządzaniu serwisami z użyciem DDD? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 3** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania NET i architektury DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu i zarządzaniu serwisami z użyciem DDD? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 4** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania NET i architektury DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu i zarządzaniu serwisami z użyciem DDD? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 5** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania NET i architektury DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu i zarządzaniu serwisami z użyciem DDD? | tak/nie\* | |

***Dotyczy Części XI:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB SPEŁNIAJĄCYCH WARUNEK UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OKREŚLONY W ROZDZIALE IV PKT 1 PPKT 2) OGŁOSZENIA** | | | |
| **LP.** | **Wyszczególnienie** | **Informacja Wykonawcy** | |
| **Osoba (trener), spełniająca następujące wymagania:** | | | |
| 1 | Imię i nazwisko |  | |
| 2 | Podstawa dysponowania ww. osobą  *(niewłaściwe skreślić)* | Zasób własny Wykonawcy\* | Zasób podmiotu trzeciego\* |
| **USŁUGA NR 1** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania JAVA i architektury DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu i zarządzaniu serwisami z użyciem DDD? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 2** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania JAVA i architektury DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu i zarządzaniu serwisami z użyciem DDD? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 3** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania JAVA i architektury DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu i zarządzaniu serwisami z użyciem DDD? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 4** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania JAVA i architektury DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu i zarządzaniu serwisami z użyciem DDD? | tak/nie\* | |
| **USŁUGA NR 5** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu technologii programowania JAVA i architektury DDD? | tak/nie\* | |
| 4 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 5 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| 6 | Czy ww. osoba posiada doświadczenie w uruchamianiu i zarządzaniu serwisami z użyciem DDD? | tak/nie\* | |

***Dotyczy Części XII:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB SPEŁNIAJĄCYCH WARUNEK UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OKREŚLONY W ROZDZIALE IV PKT 1 PPKT 2) OGŁOSZENIA** | | | |
| **LP.** | **Wyszczególnienie** | **Informacja Wykonawcy** | |
| **Osoba (trener), spełniająca następujące wymagania:** | | | |
| 1 | Imię i nazwisko |  | |
| 2 | Podstawa dysponowania ww. osobą  *(niewłaściwe skreślić)* | Zasób własny Wykonawcy\* | Zasób podmiotu trzeciego\* |
| **USŁUGA NR 1** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu bezpieczeństwa webaplikacji? | tak/nie\* | |
| 4 | Czy ww. osoba przeprowadziła co najmniej 30 testów bezpieczeństwa aplikacji www? | tak/nie\* | |
| 5 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 6 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 2** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu bezpieczeństwa webaplikacji? | tak/nie\* | |
| 4 | Czy ww. osoba przeprowadziła co najmniej 30 testów bezpieczeństwa aplikacji www? | tak/nie\* | |
| 5 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 6 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 3** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu bezpieczeństwa webaplikacji? | tak/nie\* | |
| 4 | Czy ww. osoba przeprowadziła co najmniej 30 testów bezpieczeństwa aplikacji www? | tak/nie\* | |
| 5 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 6 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 4** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu bezpieczeństwa webaplikacji? | tak/nie\* | |
| 4 | Czy ww. osoba przeprowadziła co najmniej 30 testów bezpieczeństwa aplikacji www? | tak/nie\* | |
| 5 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 6 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |
| **USŁUGA NR 5** | | | |
| 1 | Nazwa usługi |  | |
| 2 | Podmiot (Zamawiający), na którego rzecz wykonano usługę |  | |
| 3 | Czy ww. usługa polegała na przeprowadzeniu szkolenia/spotkania/seminarium z zakresu bezpieczeństwa webaplikacji? | tak/nie\* | |
| 4 | Czy ww. osoba przeprowadziła co najmniej 30 testów bezpieczeństwa aplikacji www? | tak/nie\* | |
| 5 | Liczba uczestników szkolenia |  | |
| 6 | Termin zakończenia usługi (dd-mm-rrrr) |  | |

………………………………., dnia …………………………. 2019 r.

………………………………………………………….

*podpis Wykonawcy*

*lub upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy*

\*niepotrzebne skreślić

1. Wypełnić w zależności od Części na którą została złożona oferta. [↑](#footnote-ref-1)