***Załącznik nr 3 do SIWZ***

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca:**………………………………………………………………………………………………………………………………………………*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*reprezentowany przez:……………………..………………………………………………*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* | **Zamawiający:****SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ LECZNICTWA OTWARTEGO w WIELICZCE****UL. Szpunara 20****32-020 Wieliczka** |

1. **WYKAZ DOSTAW/USŁUG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i rodzaj wykonywanych** **dostaw/usług** | **Data wykonania**  | **Wartość brutto zrealizowanych dostaw/usług** | **Zamawiający** **(nazwa, adres)** |
| 1 | dostawa sprzętu serwerowego z oprogramowaniem wraz z przeprowadzoną migracją baz danych i aplikacji InfoMedica/ AMMS |  |  |  |
| 2 | dostawa i wdrożenie polegające na uruchomieniu systemu w przychodni przynajmniej w zakresie Rejestracji/Recepcji, Gabinetu Lekarskiego POZ i AOS, Rozliczeń z NFZ i Statystyki, Rehabilitacji i Dokumentacji wraz z integracją z systemem klasy LIS i RIS funkcjonującym już w jednostce, z czego co najmniej jedna obejmowała swym zakresem dostawę wraz z wdrożeniem modułu Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej realizującej co najmniej następujące usługi: - generowanie dokumentu w postaci elektronicznej oraz budowa dokumentu w XML w wymaganym formacie - Podpisywanie dokumentu medycznego podpisem cyfrowym - Indeksowanie i zapisanie dokumentu w repozytorium - Import elektronicznych dokumentów medycznych - Wyszukiwanie dokumentów - Udostępnienie dokumentów w postaci: XML, forma prezentacyjna, obiekt z danymi indeksowymi |  |  |  |
| 3 | dostawa i wdrożenie polegające na uruchomieniu systemu w przychodni przynajmniej w zakresie Rejestracji/Recepcji, Gabinetu Lekarskiego POZ i AOS, Rozliczeń z NFZ i Statystyki, Rehabilitacji i Dokumentacji wraz z integracją z systemem klasy LIS i RIS funkcjonującym już w jednostce, z czego co najmniej jedna obejmowała swym zakresem dostawę wraz z wdrożeniem modułu Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej realizującej co najmniej następujące usługi: - generowanie dokumentu w postaci elektronicznej oraz budowa dokumentu w XML w wymaganym formacie - Podpisywanie dokumentu medycznego podpisem cyfrowym - Indeksowanie i zapisanie dokumentu w repozytorium - Import elektronicznych dokumentów medycznych - Wyszukiwanie dokumentów - Udostępnienie dokumentów w postaci: XML, forma prezentacyjna, obiekt z danymi indeksowymi |  |  |  |

**Do wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające należyte wykonanie dostaw/usług.**

***UWAGA\*:***

*1) W przypadku, gdy Wykonawca polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych innych podmiotów, zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, że realizując zamówienie, będzie dysponował zasobami tych podmiotów, w szczególności przedstawiając zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia - należy dołączyć oryginał zobowiązania.*

*......................................, dnia ....................*

 *..............……………………………………….*

 *Podpis wraz z pieczęcią osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy*