

Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego  
....., dnia ..... 2017 roku

WYKAZ ZAMÓWIIEŃ

Wykaz wykonanych w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie zamówień, składany na potwierdzenie spełniania warunku określonego w części D ust. 1 pkt. 2 Zapytania ofertowego<sup>1</sup>

| Lp.   | Zakres zamówienia <sup>2</sup> | Podmiot na rzecz którego zamówienie zostało wykonane | Data wykonania | Wartość brutto | Wykonawca zadania |
|---|--------------------------------|--|----------------|----------------|-------------------|
| <b>a) Wykaz zamówień potwierdzających spełnienie warunków udziału opisanych w sekcji D pkt. 1 a), tj. Analiza przedwdrożeńiowa</b>    |                                |  |                |                |                   |
| 1   |                                |  |                |                |                   |
| <b>b) Wykaz zamówień potwierdzających spełnienie warunków udziału opisanych w sekcji D pkt. 1 b), tj. Analiza wymagań biznesowych</b> |                                |  |                |                |                   |
| 1   |                                |  |                |                |                   |

<sup>1</sup> Zamawiający dopuszcza jedynie wykazywanie zamówień ostatecznie zakończonych i odebranych, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców wraz z dokumentami potwierdzającymi, że zamówienia te zostały wykonane należycie

<sup>2</sup> Wykonawca wskaże dokładną nazwę zrealizowanego zamówienia, która pozwoli na jednoznaczną identyfikację zamówienia, ze szczególnym wskazaniem zakresów funkcjonalnych potwierdzających spełnienie warunku udziału w postępowaniu. Zamawiający informuje że nie będzie uznawał za potwierdzające spełnianie wyłączone kopирование treści postawionych warunków bez podania szczegółowych informacji.

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| c) Wykaz zamówień potwierdzających spełnienie warunków udziału opisanych w sekcji D pkt. 1 c), <b>Opracowanie uwarunkowań dotyczących bezpieczeństwa przetwarzania i przesyłu danych medycznych oraz Opracowanie specyfikacji funkcjonalnej systemu</b> |  |  |  |
| 1   |  |  |  |

.....  
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania)

Centrum Medyczne ENDO-MED  
pl. Solidarności 1/3/5, 53-661 Wrocław  
D Y B E 5 7 0 3 R  
  
Renata Chrobak-Mastowska

Centrum Medyczne ENDO-MED  
53-661 Wrocław, Pl. Solidarności 1/3/5  
REGON 1420115200 NIP 695 695 695

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020.