Załącznik nr 2 Wzór formularza zgłoszeniowego

**Formularz zgłoszeniowy**

**Dane podmiotu zgłaszającego chęć udziału w Dialogu technicznym dotyczącym**

**„System klasy ERP”:**

**Nazwa...........................................................................................................................................**

Siedziba.........................................................................................................................................

Nr telefonu...................................................... e-mail..................................................................

NIP........................................................ REGON....................................................

**Dane Zamawiającego:**

**Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa**

e-mail: zamowieniapubliczne@mz.gov.pl

1. Przystępując do dialogu technicznego oświadczam, iż:
2. zapoznałem się z Regulaminem przeprowadzania przez Ministerstwo Zdrowia dialogu technicznego (dalej „Regulamin”) i zobowiązuję się do stosowania i ścisłego przestrzegania określonych w nim warunków, w szczególności stosownie do zapisu § 7 ust. 3 i 4 Regulaminu oświadczam, iż udzielam zgody na wykorzystanie przez Ministerstwo Zdrowia udzielanych informacji i przekazywanych dokumentów, z zastrzeżeniem informacji i dokumentów wskazanych zgodnie z § 7 ust. 5 Regulaminu, na potrzeby Dialogu oraz udzielanych w przyszłości zamówień publicznych. Ponadto, wyrażam zgodę na rozporządzanie i korzystanie z tych udzielanych informacji i przekazywanych dokumentów jak i ich części oraz wyrażam zgodę na modyfikowanie w dowolny sposób przez Ministerstwo Zdrowia lub podmiot trzeci działający na zlecenie Ministerstwa Zdrowia udzielanych informacji i przekazywanych dokumentów. Informuję, iż wykorzystanie udzielanych w toku Dialogu informacji i przekazywanych dokumentów nie będzie naruszało praw osób trzecich, w tym praw własności intelektualnych w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1293). Powyższa zgoda dotyczy także obowiązków Ministerstwa Zdrowia związanych z zapewnieniem dostępu do informacji publicznej.
3. odpowiadam Profilowi Uczestnika określonemu w Informacji o zamiarze przeprowadzenia Dialogu technicznego i oświadczam, że:

w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie należycie wykonaliśmy co najmniej co najmniej 2 usługi, polegające na wdrożeniu Zintegrowanego Systemu Informatycznego klasy ERP dla dwóch podmiotów, w tym co najmniej 1 usługa dla podmiotu o wielkości powyżej 500 pracowników; - **TAK/NIE\***

Jako potwierdzenie spełnienia ww. warunku, załączamy poniższy Wykaz usług:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi****w tym wskazanie zakresu i nazwy usługi.** | **Nazwa i adres podmiotu, na rzecz, którego wykonywano określoną usługę** | **Data wykonania (odbioru) (dzień -miesiąc-rok)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

\* Niepotrzebne skreślić

1. Wyznaczam następującą osobę do kontaktów w ramach prowadzonego dialogu:

Imię i nazwisko:……………………………………………………………………………

Adres e-mail:………………………………………………………………………………

Nr telefonu:………………………………………………………………..………………

1. Stosownie do § 5 ust. 2 Regulaminu, w załączeniu przekazuję następujące dokumenty:
2. Dokumenty potwierdzające sposób reprezentacji podmiotu zgłaszającego chęć bycia Uczestnikiem Dialogu, zgodnie z § 5, ust. 2, pkt 1:

Załącznik (nazwa) .............................................................................................................

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

1. Dodatkowo załączam:
2. Załącznik (nazwa) ..........................................................................................................
3. Załącznik (nazwa) ..........................................................................................................
4. Załącznik (nazwa) ..........................................................................................................

 dnia

podpis osoby/osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu zgłaszają