**Załącznik Nr 8 do SWZ**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Wykaz osób, które zostaną skierowane do realizacji zamówienia**

**pn.** **Dostawa 170 licencji oprogramowania Microsoft 365 Business Premium lub równoważnych wraz z integracją z Active Directory dla Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego na okres 12 miesięcy – BAG.261.21.2023.ICI**

**potwierdzający spełnianie wymagań określonych w Części II SWZ lit. A pkt 2.4. ppkt 2).**

**(składany na wezwanie Zamawiającego)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię**  **i nazwisko**  **osoby** | **Funkcja** | **Posiadane doświadczenie**  (należy zaznaczyć TAK lub NIE) | **Posiadane certyfikaty**  (należy zaznaczyć POSIADA lub NIE POSIADA) | **Podstawa do**  **dysponowania**  **osobą**  (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, osoba innego podmiotu) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 |  | architekt Office 365 | brał/bierze udział w minimum 3 wdrożeniach dla min. 170 użytkowników z zakresu wdrażania usług chmurowych  **TAK/NIE\*** | 1. Microsoft 365 Certified: Enterprise Administrator Expert   **POSIADA/NIE POSIADA\***   1. Microsoft 365 Certified: Security Administrator Associate   **POSIADA/NIE POSIADA\***   1. Microsoft® Certified: Solutions Expert: Productivity   **POSIADA/NIE POSIADA\***   1. Microsoft® Certified Solutions Associate: Office 365   **POSIADA/NIE POSIADA\*** |  |
| 2 |  | architekt Office 365 | brał/bierze udział w minimum 3 wdrożeniach dla min. 170 użytkowników z zakresu wdrażania usług chmurowych  **TAK/NIE\*** | 1. Microsoft 365 Certified: Enterprise Administrator Expert **POSIADA/NIE POSIADA\*** 2. Microsoft 365 Certified: Security Administrator Associate **POSIADA/NIE POSIADA\*** 3. Microsoft® Certified: Solutions Expert: Productivity   **POSIADA/NIE POSIADA\***   1. Microsoft® Certified Solutions Associate: Office 365   **POSIADA/NIE POSIADA\*** |  |
| … |  |  |  |  |  |

*\* niepotrzebne skreślić*

*UWAGA: Każdy z pracowników pełniących funkcję architekta Office 365 oddelegowanych do realizacji umowy musi spełniać kryteria posiadania doświadczenia oraz posiadać minimum jeden certyfikat. Łącznie wszyscy pracownicy pełniący funkcję architektów Office 365 muszą spełniać wszystkie kryteria i posiadać wszystkie certyfikaty.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię**  **i nazwisko**  **osoby** | **Funkcja** | **Posiadane doświadczenie**  (należy zaznaczyć TAK lub NIE) | **Posiadane certyfikaty**  (należy zaznaczyć POSIADA lub NIE POSIADA) | **Podstawa do**  **dysponowania**  **osobą**  (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, osoba innego podmiotu) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 |  | Inżynier O365 | brała udział w minimum 3 wdrożeniach dla min. 170 użytkowników z zakresu wdrażania usług chmurowych  **TAK/NIE\*** | Microsoft® Certified Solutions Expert: Cloud Platform and Infrastructure  **POSIADA/NIE POSIADA\*** |  |
| … |  |  |  |  |  |

*\* niepotrzebne skreślić*

*Uwaga! Każdy z pracowników pełniących funkcję Inżyniera O365 oddelegowanych do realizacji umowy musi spełniać kryteria posiadania doświadczenia oraz posiadać certyfikat. Łącznie wszyscy pracownicy pełniący funkcję Inżyniera O365 muszą spełniać wszystkie kryteria i posiadać certyfikat.*

*Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, profilem zaufanym lub podpisem osobistym za pomocą dowodu osobistego i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentami potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.*