|  |
| --- |
| **Załącznik nr 6 – WYKAZ ZADAŃ RÓWNOWAŻNYCH – Po modyfikacji** |
| (pieczęć Wykonawcy) |  |
| **Wykaz wykonywanych lub wykonanych zadań równoważnych** |  |
| **L.p.** | **Przedmiot umowy** (skrócony opis projektu) | **Odbiorca zamówienia**nazwa (firma), adres (siedziba), numer kontaktowy | **Okres realizacji (od – do)** | **Wartość****netto\*** |
| 1.
 |  |  |  |  |
| 1.
 |  |  |  |  |
| 1.
 |  |  |  |  |

\* Wartość należy podać w złotych – przeliczoną (jeśli potrzeba) wg kursu z daty realizacji zamówienia

 Pola niezapisane należy przekreślić

**W załączeniu przedkładam dokumenty potwierdzające, że ww. umowy zostały wykonane należycie.**

**Dokumenty potwierdzające należyte wykonanie usług powinny być sporządzone i oznaczone w taki sposób, aby nie było wątpliwości, których usług wykazanych przez wykonawcę dotyczą.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **miejscowość i data** | **Pieczęć imienna i podpis przedstawiciela(i) Wykonawcy** |

**Załącznik nr 9 – Skład zespołu Specjalistów Wykonawcy - Modyfikacja**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Wykaz specjalistów Wykonawcy oddelegowanych do realizacji Przedmiotu zamówienia**Wykonawca musi oddelegować min 3 osoby realizujące Projekty Podobne, posiadające łącznie kompetencje z obszaru implementacji narzędzia IT, jak również doradztwa biznesowego i posiadające poniższe certyfikaty:* 1 certyfikat Identity Manager Implementation Certification,
* min 2 osoby posiadające umiejętność w zakresie konfiguracji rozwiązania One Identity Manager z systemem SAP.
 |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Certyfikat Identity Manager Implementation Certification**  | **Umiejętność w zakresie konfiguracji rozwiązania One Identity Manager z systemem SAP** | **Kompetencje z obszaru implementacji narzędzia IT i doradztwa biznesowego****Posiada/ nie posiada** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

\* pola niezapisane należy przekreślić

**Do niniejszego wykazu należy dołączyć dokumenty/certyfikaty na potwierdzenie posiadanych uprawnień**

**Jednocześnie potwierdzamy, iż w/w Specjalista posiada wykazane w załączniku doświadczenie,**

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |
| **miejscowość i data** | **Pieczęć imienna i podpis przedstawiciela(i) Wykonawcy** |