Załącznik nr 1 do Ogłoszenia o Dialogu Technicznym

**WNIOSEK**

**O DOPUSZCZENIE DO DIALOGU TECHNICZNEGO**

**dot. *Informatyzacji mazowieckiej służby zdrowia poprzez wsparcie funkcjonowania aptek szpitalnych.***

***Nr ref.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Uczestnik Dialogu:

Nazwa

Adres

NIP ………………………………. REGON …………………………………………………………………….

Tel. …………………………. e-mail

Osoba uprawniona do kontaktów:

Imię i nazwisko

Funkcja

Tel. …………………. e-mail

Działając w imieniu Uczestnika wskazanego powyżej wnoszę o dopuszczenie do udziału w Dialogu Technicznym oraz:

1. Oświadczam/y, że jestem należycie umocowany/a do reprezentowania Zgłaszającego, na dowód czego przedkładam dokument potwierdzający moje umocowanie.
2. Oświadczam/y, że zapoznałem się/zapoznaliśmy się z ogłoszeniem o zamiarze przeprowadzenia dialogu technicznego oraz wszystkimi załącznikami będącymi jego integralną częścią.
3. Oświadczam/y, że wyrażam/y gotowość do udziału w dialogu technicznym oraz wyrażam/y zgodę na wykorzystanie przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. oraz Partnerów przedmiotowej placówki, wszelkich pozyskanych informacji, w szczególności informacji i utworów, stanowiących przedmiot praw autorskich, niezbędnych do przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, które dialog techniczny poprzedza, włącznie z prawem dokonywania w nich zmian. Oświadczam/y, że wykorzystanie ich przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. nie będzie naruszało praw osób trzecich.
4. Oświadczam/y, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. informacji zawartych w niniejszym wniosków dla celów dialogu lub postępowania.
5. Oświadczam/y, że przyjmuję do wiadomości, że wszelkie informacje udostępniane przez Zamawiającego mają charakter informacji poufnych i stanowiących tajemnicę Zamawiającego, chyba, że są informacjami powszechnie dostępnymi lub zostały podane do publicznej wiadomości. Zobowiązuję się/ zobowiązujemy się do zachowania w całkowitej poufności wszelkich informacji, jakie otrzymamy od Zamawiającego oraz do wykorzystywania tych informacji wyłącznie w celu przygotowania oferty dla Zamawiającego. Oświadczam/y, że informacje te nie będą wykorzystywane w żadnym innym celu, a w szczególności w celu sprzecznym z interesem Zamawiającego oraz nie będą udostępniane innym podmiotom, w tym także podmiotom powiązanym kapitałowo.
6. Załączam/y potwierdzenie prowadzenia/ wykonywania działalności gospodarczej, związanej z możliwością realizacji przedmiotu zamówienia objętego niniejszym dialogiem.

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy |
|  Lp. |  Imię i Nazwisko |  Data |  Podpis |
|  1. |  |  |  |
|  2. |  |  |  |

***\**** *Do wniosku należy dołączyć dokumenty potwierdzające, że osoba (osoby) podpisująca wniosek jest upoważniona do reprezentowania wnioskodawcy/wnioskodawców. Dokumenty sporządzone
w języku obcym należy przedłożyć wraz ich tłumaczeniem na język polski.*

Wraz z niniejszym wnioskiem Uczestnik przedkłada:

1. Załącznik nr 1 – Wykaz wdrożeń informatycznych wspierających funkcjonowanie aptek szpitalnych.
2. Dokument potwierdzający umocowanie do reprezentowania Uczestnika (np. KRS\*, pełnomocnictwo\*
3. …\*\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość, data: Imię i Nazwisko

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - należy wpisać jakie dokumenty zostały załączone

Załącznik nr 1 do Wniosku o dopuszczenie do Dialogu Technicznego

**Wykaz wdrożeń informatycznych**

**wspierających funkcjonowanie aptek szpitalnych**

|  |
| --- |
| **WYKAZ** |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu, na którego rzecz wykonane zostało wdrożenie** | **Nazwa producenta wdrożonego systemu informatycznego**  | **Nazwa wdrożonego systemu informatycznego** | **Opis oraz zakres wdrożenia****(podstawowe funkcjonalności rozwiązania informatycznego)**  | **Nazwa podmiotu leczniczego w którym zostało wdrożone rozwiązanie informatyczne** | **Data rozpoczęcia wdrożenia****(dzień/miesiąc/rok)** | **Data zakończenia wdrożenia[[1]](#footnote-1)****(dzień/miesiąc/rok)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 Miejscowość, data: ………………………………………

Imię i Nazwisko: ………………………………………

Podpis: ……………………………………

1. Wypełnić tylko jeżeli wdrożenie zostało zakończone. [↑](#footnote-ref-1)