**Załącznik Nr 2 do Formularza Oferty** **nr 04/PCF/PP/2024**

Wzór oświadczenia – potwierdzenia spełnienia wymagań fakultatywnych wskazanych w OPZ

**OŚWIADCZENIE**

**POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WYMAGAŃ PARAMETRÓW JAKOŚCIOWYCH WSKAZANYCH W OPZ**

W związku ze składaniem Oferty w Postępowaniu o udzielenie Zamówienia na dostawę systemu zarządzania hurtownią farmaceutyczną klasy ERP (Enterprise Resource Planning) wraz z niezbędnym oprogramowaniem (system bazodanowy) oraz jego instalacja, konfiguracja i integracja z innymi systemami oraz dostawa Sprzętu tj. dwa serwery wraz z niezbędnym oprogramowaniem, pracujące w trybie aktywny/pasywny do obsługi systemu ERP, realizowanym w ramach przedsięwzięcia “Budowa centrum dystrybucyjno – logistycznego w oparciu o nowoczesne inteligentne modele predykcyjne ze wsparciem sztucznej inteligencji oraz cyfryzacja i automatyzacja procesów w PCF Procefar sp. z o.o.”, prowadzonym przez PCF Procefar Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą we Wrocławiu (Zamawiający) , działając w imieniu i na rzecz podmiotu, który reprezentuję tj.

…………………………………………………..…………………………………………………………………….

*(oznaczenie Wykonawcy)*

(dalej „Wykonawca”), w celu potwierdzenia spełnienia wymagań parametrów jakościowych wskazanych w OPZ, Wykonawca dysponuje lub będzie dysponować na czas realizacji Zamówienia następującą kadrą osobową:[[1]](#footnote-2)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Stanowisko / rola w realizacji Zamówienia | Opis doświadczenia - spełnienie wymagań fakultatywnych wskazanych w OPZ | Podstawa dysponowania osobami[[2]](#footnote-3) |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 |  | *1. Projekt………..*  *[można przywołać numer i nazwę Zamówienia opisanego w załączniku nr 9 do Zapytania ofertowego]*  *Zrealizowany zakres3:* |  |
| 2 |  | *1. Projekt………..*  *[można przywołać numer i zamówienia opisanego w załączniku nr 9 do Zapytania ofertowego]*  *Zrealizowany zakres3:* |  |

**Oświadczam, że wymienione wyżej osoby będą uczestniczyć w wykonywaniu Zamówienia przez Wykonawcę oraz posiadają wymienione wyżej doświadczenie.**

…………………………………………

(elektroniczny podpis kwalifikowany Wykonawcy)

1. Należy wymienić tylko te osoby, które będą odpowiedzialne za realizację Przedmiotu Zamówienia i posiadają doświadczenie wskazane w kolumnie nr 3. [↑](#footnote-ref-2)
2. Określenie umowy lub innej podstawy korzystania z usług tej osoby

   3 Dostawca dysponuje personelem (minimum 1 osoba) z udokumentowanym doświadczeniem w zakresie dostawy i wdrożenia tego systemu u klienta w obszarze hurtu farmaceutycznego/ dostawca dysponuje personelem (minimum 1 osoba) z udokumentowanym doświadczeniem w zakresie dostawy i wdrożenia tego systemu u klienta, gdzie system ten był integrowany z systemem zautomatyzowanej strefy kompletacji aptecznej. [↑](#footnote-ref-3)