

Składający ofertę:

<p>Wykonawca (pełna nazwa albo imię i nazwisko)</p>	
<p>Siedziba/miejsce zamieszkania i adres jeżeli jest miejscem wykonywania działalności Wykonawcy</p>	

WYKAZ OSÓB

które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy dysponują zespołem audytowym składającym się przynajmniej z 3 osób zatrudnionych o umowę o pracę i które będą realizowały audyt u Zamawiającego, w tym:

W przypadku większej liczby audytorów realizujących usługę u Zamawiającego należy wykazać wszystkie osoby, które będą uczestniczyły w realizacji audytu.

Lp.	Doświadczenie zawodowe
1.	<p>jedna osoba z zespołu musi posiadać certyfikat audytora wiodącego systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji wg normy ISO 27001 wskazanymi jako uprawnione do audytowania w Rozporządzeniu Ministra Cyfryzacji w sprawie wykazu certyfikatów uprawniających do przeprowadzenia audytu, ukończyła studia podyplomowe bezpieczeństwa informacji lub równoważny kurs kwalifikacyjny oraz brała udział w charakterze audytora wiodącego w co najmniej 9 audytach KRI, (należy wskazać certyfikat, nazwę i adres podmiotu, który wydał certyfikat oraz datę wydania/ jego ważność):</p> <p>Imię nazwisko</p> <p>Przeprowadzone audyty KRI (audytowany podmiot, data przeprowadzenia audytu):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. <p>Informacja o podstawie dysponowania osobami w celu realizacji zamówienia</p> <p>.....</p>

Pierwsza osoba – audytor wiodący



•• SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich
w Chorzowie
ul. Strzelców Bytomskich 11
41-500 Chorzów

•• tel.: (32) 349 92 25
fax: (32) 241 39 52

•• zsm@zsm.com.pl
www.zsm.com.pl

•• NIP: 6271923530
REGON: 271503410
KRS: 0000011939



Zespół Szpitali Miejskich

w Chorzowie

Druga osoba

Lp.	Doświadczenie zawodowe
1.	<p>co najmniej jedna osoba z zespołu musi posiadać certyfikat audytora wiodącego lub wewnętrznego wg normy ISO 27701, ukończyła studia podyplomowe ochrony danych osobowych lub równoważny kurs kwalifikacyjny oraz brała udział w charakterze audytora wewnętrznego lub wiodącego w co najmniej 5 audytach KRI/SZBI,</p> <p>Imię nazwisko</p> <p>Przeprowadzone audyty KRI (audytowany podmiot, data przeprowadzenia audytu):</p> <ol style="list-style-type: none">1.2.3.4.5. <p>Informacja o podstawie dysponowania osobami w celu realizacji zamówienia</p> <p>.....</p>

Trzecia osoba

Lp.	Doświadczenie zawodowe
1.	<p>co najmniej jedna osoba z zespołu jest specjalistą ds. bezpieczeństwa IT, który brał udział w charakterze pentestera w co najmniej 5 audytach bezpieczeństwa IT z zastosowaniem testów penetracyjnych oraz posiada przynajmniej jeden z następujących certyfikatów:</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Certified Ethical Hacker (CEH),</i>- <i>Certified IT Security Specialist Training (CSST)</i>- <i>Certified Penetration Testing Engineer (CPTe),</i>- <i>GIAC Exploit Researcher and Advanced Penetration Tester (GXPN),</i>- <i>Offensive Security Certified Professional (OSCP),</i>- <i>Offensive Security Certified Expert (OSCE),</i>- <i>Certified Information Security Manager (CISM),</i>- <i>Certified in Risk and Information Systems Control (CRISC),</i>- <i>Certified in the Governance of Enterprise IT (CGEIT),</i>- <i>Certified Information Systems Security Professional (CISSP),</i>- <i>Certified IT Security Specialist (CSP)</i>- <i>Certified Information Technical Security Specialist jako(CITSS),</i>- <i>Systems Security Certified Practitioner (SSCP)</i>- <i>Certyfikaty uprawniające do posiadania tytułu ISA/IEC 62443 Cybersecurity Expert.</i> <p>Imię nazwisko</p> <p>Przeprowadzone audyty KRI (audytowany podmiot, data przeprowadzenia audytu):</p> <ol style="list-style-type: none">1.2.3.4.



** SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich
w Chorzowie
ul. Strzelców Bytomskich 11
41-500 Chorzów

** tel: (32) 349 92 25
fax: (32) 241 39 52

** zsm@zsm.com.pl
www.zsm.com.pl

** NIP: 6271923530
REGON: 271503410
KRS: 0000011939



Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie

5.

Informacja o podstawie dysponowania osobami w celu realizacji zamówienia

.....

Czwarta osoba (opcja)

Lp.	Doświadczenie zawodowe
1.	<p>Imię nazwisko</p> <p>Przeprowadzone audyty KRI (audytowany podmiot, data przeprowadzenia audytu):</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>Informacja o podstawie dysponowania osobami w celu realizacji zamówienia</p> <p>.....</p>

....., dn.

.....

*Podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy (pieczętki)*

* Podstawa do dysponowania każdą z osób wskazaną w wykazie, np. umowa o pracę, umowa zlecenia. W przypadku, gdy wykonawca polega na osobach innych podmiotów zobowiązany jest udowodnić zamawiającemu, że będzie dysponował tymi osobami, np. przedstawiając pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia.



•• SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich
w Chorzowie
ul. Strzelców Bytomskich 11
41-500 Chorzów

•• tel: (32) 349 92 25
fax: (32) 241 39 52

•• zsm@zsm.com.pl
www.zsm.com.pl

•• NIP: 6271923530
REGON: 271503410
KRS: 0000011939