



Składający ofertę:

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

**Wykaz usług**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy w okresie od 01.01.2018 r. wykonali (tj. świadczyli, zrealizowali, zakończyli) co najmniej 5 usług obejmujących swoim zakresem:

- audyt bezpieczeństwa informacji zgodnie z wymaganiami SZBI/KRI (audyt SZBI/ KRI),
- audyt bezpieczeństwa systemów informatycznych, w tym testów penetracyjnych,

Lp.	Przedmiot zamówienia	Opis
1	<b>Zamawiający</b> (podmiot, który zlecał wykonanie usługi)	(nazwa i adres)
	Nazwa zamówienia oraz krótki opis przedmiotu zamówienia	
	Data wykonania usługi (należy podać zakończenia wskazanej usługi)	od ...../...../..... (dzień / miesiąc / rok)
	Wartość zamówienia w PLN netto	
	Dokument potwierdzający należyte wykonanie wyżej wymienionej usługi *	

2	<b>Zamawiający</b> (podmiot, który zlecał wykonanie usługi)	(nazwa i adres)
	Nazwa zamówienia oraz krótki opis przedmiotu zamówienia	
	Data wykonania usługi (należy podać zakończenia wskazanej usługi)	od ...../...../..... (dzień / miesiąc / rok)
	Wartość zamówienia w PLN netto	
	Dokument potwierdzający należyte wykonanie wyżej wymienionej usługi *	

3	<b>Zamawiający</b> (podmiot, który zlecał wykonanie usługi)	(nazwa i adres)
---	---	-----------------





# Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie

	Nazwa zamówienia oraz krótki opis przedmiotu zamówienia	
	Data wykonania usługi (należy podać zakończenia wskazanej usługi)	od ...../...../..... (dzień / miesiąc / rok)
	Wartość zamówienia w PLN netto	
	Dokument potwierdzający należyte wykonanie wyżej wymienionej usługi *	

4	<b>Zamawiający</b> (podmiot, który zlecał wykonanie usługi)	(nazwa i adres)
	Nazwa zamówienia oraz krótki opis przedmiotu zamówienia	
	Data wykonania usługi (należy podać zakończenia wskazanej usługi)	od ...../...../..... (dzień / miesiąc / rok)
	Wartość zamówienia w PLN netto	
	Dokument potwierdzający należyte wykonanie wyżej wymienionej usługi *	

5	<b>Zamawiający</b> (podmiot, który zlecał wykonanie usługi)	(nazwa i adres)
	Nazwa zamówienia oraz krótki opis przedmiotu zamówienia	
	Data wykonania usługi (należy podać zakończenia wskazanej usługi)	od ...../...../..... (dzień / miesiąc / rok)
	Wartość zamówienia w PLN netto	
	Dokument potwierdzający należyte wykonanie wyżej wymienionej usługi *	

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy w okresie od 01.01.2018 r. wykonali (tj. świadczyli, zrealizowali, zakończyli) co najmniej 3 usługi u operatora usługi kluczowej obejmujących swoim zakresem:

- audyt bezpieczeństwa informacji zgodnie z wymaganiami UKSC (audyt UKSC)
- audyt bezpieczeństwa systemów informatycznych, w tym testów penetracyjnych,

Lp.	Przedmiot zamówienia	Opis
-----	----------------------	------



\*\* 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

1	<b>Zamawiający</b> ( <i>podmiot, który zlecał wykonanie usługi</i> )	(nazwa i adres)
	Nazwa zamówienia oraz krótki opis przedmiotu zamówienia	
	Data wykonania usługi (należy podać zakończenia wskazanej usługi)	od ...../...../..... (dzień / miesiąc / rok)
	Wartość zamówienia w PLN netto	
	Dokument potwierdzający należyte wykonanie wyżej wymienionej usługi *	

Lp.	Przedmiot zamówienia	Opis
2	<b>Zamawiający</b> ( <i>podmiot, który zlecał wykonanie usługi</i> )	(nazwa i adres)
	Nazwa zamówienia oraz krótki opis przedmiotu zamówienia	
	Data wykonania usługi (należy podać zakończenia wskazanej usługi)	od ...../...../..... (dzień / miesiąc / rok)
	Wartość zamówienia w PLN netto	
	Dokument potwierdzający należyte wykonanie wyżej wymienionej usługi *	

Lp.	Przedmiot zamówienia	Opis
3	<b>Zamawiający</b> ( <i>podmiot, który zlecał wykonanie usługi</i> )	(nazwa i adres)
	Nazwa zamówienia oraz krótki opis przedmiotu zamówienia	
	Data wykonania usługi (należy podać zakończenia wskazanej usługi)	od ...../...../..... (dzień / miesiąc / rok)
	Wartość zamówienia w PLN netto	
	Dokument potwierdzający należyte wykonanie wyżej wymienionej usługi *	

....., dn. ....

.....

Podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych  
do reprezentowania Wykonawcy (pieczęć)

**UWAGA**

\* skany referencji i/lub protokołów odbioru potwierdzających wykonanie danej usługi



\*\* 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