.........................................................

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

(nazwa, adres, nr telefonu,

fax, e-mail Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

* Wykonawca oświadcza, że dysponuje osobami zdolnymi do realizacji usługi polegającej na kompleksowym wykonaniu audytu bezpieczeństwa w kontekście **Zarządzenia nr 8/2023/BBIICD Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2023 r. w sprawie finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych u świadczeniodawców.**

Osoby te posiadają certyfikaty uprawniające do przeprowadzenia audytu.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Dane kontaktowe** | **Nazwa certyfikatu** | **Data uzyskania certyfikatu** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

Dokumenty potwierdzające posiadanie uprawnień (kopie dokumentów załączonych do niniejszego oświadczenia):

1. ……………….

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

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Wykonawcy)