Příloha č. 4

Čestné prohlášení

**Název veřejné zakázky:**

**„Poskytování licencí a služeb informačního systému pro** **sběr a analýzu dat pro odhad radiační zátěže pacientů“**

**Zadavatel veřejné zakázky:**

Název: **Fakultní nemocnice Olomouc**

Sídlo: Olomouc, I.P.Pavlova 185/6, 779 00

Zastoupení: prof. MUDr. Roman Havlík, Ph.D., ředitel

IČ: 00098892

**Účastník veřejné zakázky:**

Název: ……………………………………………………..

Sídlo: ……………………………………………………..

Zastoupení: ………………………………………...

IČ: …………………

***(účastník doplní své identifikační údaje)***

Čestně prohlašuji, že účastník zadávacího řízení uvedené veřejné zakázky, splňuje níže uvedené požadavky zadavatele.

Účastník v souvislosti s nabízeným informačním systémem s názvem ……………………………………………………………….:

* je jeho výrobcem; \*
* je smluvním partnerem výrobce. Výrobcem uvedeného systému je firma s názvem …………………………………………………….. IČ …………………………; \*
* má přístup ke zdrojovým kódům a datovým strukturám uvedeného systému;
* je oprávněn provádět změny těchto zdrojových kódů a změny datových struktur dle požadavků zadavatele;
* garantuje další rozvoj a údržbu prostředí uvedeného systému pro zadavatele včetně garance poskytnutí a implementace nových verzí vydaných výrobcem minimálně po celou dobu trvání smlouvy o poskytování služeb technické podpory a servisu;
* tímto prohlašuje, že nabízený systém obsahuje řešení potlačující rizika v oblasti bezpečnosti webových aplikací dle doporučení OWASP (Open Web Application Security Project) z roku 2017 min. v rozsahu T10 (A1-A10));
* tímto dokládá referenční zakázku v rutinním provozu, splňující všechny technické požadavky uvedené v Příloha č. 2 - min. techn. požadavky, které realizoval až do ostrého provozu uživatele:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Název pracoviště (odběratele) | Měsíc a rok zahájení plnění referenční zakázky | Finanční objem v Kč bez DPH | Kontaktní osoba odběratele |
|  |  |  |  |

* disponuje minimálně 1 technickým pracovníkem s minimálně dvouletou praxí a zkušeností s alespoň jednou referenční zakázkou;
* tímto dokládá, že má zkušenosti s připojením všech přístrojů uvedených v Příloze č.2 v bodě 4.a má tyto přístroje připojené k nabízenému produktu v těchto zdravotnických zařízeních:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Název pracoviště (odběratele) | Názvy přístrojů | Kontaktní osoba odběratele |
|  | Zde uveďte přístroje zapojené v tomto zdravotnickém zařízení |  |
|  | Zde uveďte přístroje zapojené v tomto zdravotnickém zařízení |  |
|  | Zde uveďte přístroje zapojené v tomto zdravotnickém zařízení |  |
|  | Zde uveďte přístroje zapojené v tomto zdravotnickém zařízení |  |

V ………………………………………….. dne ……………………………..

……………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………..

Jméno, funkce a podpis osoby oprávněné jednat za účastníka

\* nehodící se bod vypusťte (vymažte)