###### Załącznik nr 2 do Umowy

**Informacje o Zamawiającym**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DANE:** |
| **Nazwa jednostki:** | **Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach** |
| **Adres:** | **ul. Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce** |
| **Nr telefonu/fax:** | **41 3671 301** |
| **NIP** | **959-12-91-292** |
| **REGON** | **000289785** |
| **Wpis do KRS prowadzonego przez:** | **Sąd Rejonowy w Kielcach, Wydział X KRS** |
| **KRS** | **0000001580** |
| **Adres WWW:** | [**www.wszzkielce.pl**](http://www.wszzkielce.pl) |

**Osoby upoważnione do reprezentowania Zamawiającego i/lub osoby upoważnione do rejestracji zgłoszeń :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ** | **NAZWISKO** | **STANOWISKO** | **TELEFON** | **E\_MAIL** | **REPREZ** | **UPR** | **UPR\_K** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Legenda:**

e-mail - indywidualny adres pracownika,

REPREZ - osoba uprawniona do reprezentowania Państwa jednostki przy zawieraniu umów handlowych (wartości: TAK/NIE),

UPR - osoba uprawniona do rejestrowania zgłoszeń w imieniu Państwa jednostki (wartości: TAK/NIE),

UPR\_K - osoba pełniąca rolę koordynatora\*\* zgłoszeń w Państwa jednostce (wartości: TAK/NIE),

**Uwaga!**

1. Bardzo prosimy o podanie indywidualnych adresów e-mail dla każdej osoby zaangażowanej w przesyłanie zgłoszeń.

2. Zalecamy wskazanie maksymalnie kilku osób odpowiedzialnych za rejestracje zgłoszeń w ramach całej jednostki.

3. Koordynatorami zgłoszeń powinny być osoby będące merytorycznymi liderami w ramach obszarów, w których pracuje Oprogramowanie Aplikacyjne. Rola koordynatora umożliwia przegląd oraz modyfikację zgłoszeń innych osób rejestrujących zgłoszenia w imieniu Państwa jednostki.