



OBR-KADRI (Sklop 3)

Kandidat po potrebi doda vrstice za imenovani kader

IME IN PRIIMEK KADRA	FUNKCIJA	STOPNJA IZOBRAZBE, DELOVNE IZKUŠNJE, RAZPOLAGANJE S CERTIFIKATI	ZAPOSLEN PRI (NAVEDITE GOSPODARSKI SUBJEKT):
	vodja projekta - vodja projekta razvoja in implementacije interoperabilnega kliničnega IS	Stopnja izobrazbe: _____ leta delovnih izkušenj iz področja vodenja projektov: _____ leta delovnih izkušenj: _____	
	Strokovnjak s področja razvoja informacijskih sistemov - Strokovnjak s področja razvoja in implementacije interoperabilnega kliničnega IS	Stopnja izobrazbe: _____ leta delovnih izkušenj iz področja razvoja informacijskih sistemov: _____ leta delovnih izkušenj: _____ Kader razpolaga z veljavnim certifikatom s področja načrtovanja oz. upravljanja oz. kakovosti informacijskih sistemov: (obkrožite in dopolnite): <input type="checkbox"/> DA, navedba certifikata: _____ <input type="checkbox"/> NE	
	Strokovnjak za implementacijo standardov v zdravstveni informatiki , ki je tudi strokovnjak za FHIR	leta delovnih izkušenj iz področja razvoja zdravstvenih informacijskih sistemov: _____ Kader razpolaga z veljavnim certifikatom HL7 FHIR Advanced Developer <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE leta delovnih izkušenj z uporabo FHIR pri razvoju aplikacij: _____	
	Strokovnjak za implementacijo standardov v zdravstveni informatiki ki je tudi strokovnjak za openEHR	leta delovnih izkušenj iz področja razvoja zdravstvenih informacijskih sistemov: _____ leta delovnih izkušenj z uporabo openEHR pri razvoju aplikacij za končne uporabnike: _____	
	Strokovnjak za implementacijo standardov v zdravstveni informatiki ki je tudi strokovnjak za DICOM	leta delovnih izkušenj iz področja razvoja zdravstvenih informacijskih sistemov: _____	



		leta delovnih izkušenj z uporabo DICOM pri razvoju aplikacij za končne uporabnike: _____	
	Strokovnjak za integracije informacijskih sistemov, ki je tudi strokovnjak za API	leta delovnih izkušenj s področja integracij informacijskih sistemov: _____ leta izkušenj z razvojem sistemov, ki imajo implementirane API-je po RESTful ali OpenAPI za dvosmerno komunikacijo z zunanjimi sistemi: _____	
	Pravni strokovnjak s področja varstva osebnih podatkov	stopnja in vrsta izobrazbe: _____	

**REFERENČNI POSLI IMENOVANEGA KADRA – VODJA PROJEKTA** razvoja in implementacije interoperabilnega kliničnega IS.

Ponudnik obrazec kopira glede na število referenčnih poslov.

IZVAJALEC
REFERENČNEGA POSLA

IME, PRIIMEK KADRA

FUNKCIJA KADRA NA
REFERENČNEM
PROJEKTUNAROČNIK
REFERENČNEGA POSLA

NAZIV POSLA

OPIS REFERENČNEGA
POSALAVodenje projekta zahtevane vrste pri čemer je vrednost projekta
(brez upoštevanja storitev vzdrževanja) znašala
_____ EUR brez DDVDATUM ZAKLJUČKA
POSALAOSEBA NAROČNIKA, ki
LAHKO POTRDI
REFERENČNI POSELNAZIV:
TEL:
E-MAIL:POTRDILO
REFERENČNEGA
NAROČNIKAS podpisom potrjujemo resničnost zgoraj navedenih podatkov in da je bil
posel izveden kvalitetno ter pravočasno.
Žig naročnika in podpis zakonitega zastopnika (ali pooblaščenice osebe)
naročnika:

**REFERENČNI POSLI IMENOVANEGA KADRA – Strokovnjak s področja razvoja informacijskih sistemov - Strokovnjak s področja razvoja in implementacije interoperabilnega kliničnega IS**

Ponudnik obrazec kopira glede na število referenčnih poslov.

IZVAJALEC
REFERENČNEGA POSLA

IME, PRIIMEK

FUNKCIJA KADRA NA
REFERENČNEM
PROJEKTUNAROČNIK
REFERENČNEGA POSLA

NAZIV POSLA

OPIS REFERENČNEGA
POSILA

Kader je sodeloval pri projektu implementacije kliničnega informacijskega sistema, ki je vključeval: najmanj 100 uporabnikov;

- brezšivno sodelovanje večih zdravstvenih delavcev iz različnih zdravstvenih organizacij;
- možnost dostopa do podatkov v sistemu z uporabo standardov FHIR in openEHR;
- projekt ni bil začel pred začetkom predpisanega referenčnega obdobja za IS NMP in je bil uspešno zaključen pred rokom za oddajo ponudbe tega javnega naročila;
- projekt je bil začel dne _____ in je bil uspešno zaključen dne _____;
- Vrednost projekta je znašala: _____ EUR brez DDV.

DA / NE (obkrožite)

OSEBA NAROČNIKA, ki
LAHKO POTRDI
REFERENČNI POSEL NAZIV:
TEL:
E-MAIL:POTRDILO
REFERENČNEGA
NAROČNIKA

S podpisom potrjujemo resničnost zgoraj navedenih podatkov in da je bil posel izveden kvalitetno ter pravočasno.

Žig naročnika in podpis zakonitega zastopnika (ali pooblaščen osebe) naročnika:
