Załącznik nr 11 do Umowy nr [●]

– Formularze

**Formularze**

**Spis formularzy:**

**1. Miesięczny protokół odbioru realizacji przedmiotu Umowy**

**2.** **Protokół odbioru Nowej wersji Systemu/ Usług określonych w Załączniku nr 6**

**3. Raport z testowania Nowej wersji Systemu**

**4. Protokół odbioru szkoleń/warsztatów**

**5. Wniosek o dostęp do zasobów infrastruktury techniczno-systemowej**

**6. Protokół odbioru Dokumentacji Systemu**

**7. Ankieta szkolenia**

**8. Zatwierdzenie Nowej wersji Systemu do wdrożenia**

**9. Protokół Odbioru testowego przełączenia pracy Systemu/produkcyjnego przełączenia pracy Systemu/ instalacji i konfiguracji wszystkich podsystemów Systemu w obu ośrodkach Zamawiającego (wykonanie w ramach Opcji)**

Zmiana liczby formularzy oraz zawartości merytorycznej i/lub wizualnej formularzy określonych   
w niniejszym załączniku nie wymaga aneksu do Umowy.

1. **Miesięczny protokół odbioru realizacji przedmiotu Umowy:**

**Formularz protokołu miesięcznego odbioru realizacji przedmiotu Umowy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *-------------------------------------------* | *Wypełnia Wykonawca* | *----------------------------------------* |

***System:***       ***Wersja:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nazwa / Firma:*** | | | |
| ***Imię i nazwisko:*** |  | ***Data:*** | -  - |
|  | | | |
| ***zgłasza do odbioru usługi określone w § 2 ust. 1 Umowy za miesiąc:***  ***w zakresie:***  ***pkt 1); pkt2); pkt 3); inne:***  ***(niepotrzebne skreślić)*** | | | |

***Poziom dostępności Systemu uzyskany z pomiaru [%]:***

***Załączniki do protokołu:***

- raporty: m.in. poziomu dostępności Systemu, Zgłoszeń za usługi określone w § 2 ust. 1 pkt 1), Zgłoszeń za usługi określone w § 2 ust. 1 pkt 2) z wyłączeniem lit. a, Zgłoszeń za usługi określone w § 2 ust. 1 pkt 3), inne.

- inne protokoły: m.in. Protokół odbioru szkoleń, Ankiety szkoleń, inne.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Uwagi:*** | | | |
| |  | | --- | | Podpis**\*\*** *(Kierownik Projektu - Wykonawcy)*  *\*\*bezwzględnie wymagany własnoręczny podpis + pieczątka* | | | | |
| *------------------------------------------* | *Wypełnia DIRS* | *--------------------------------------* |

**Departament Informatyzacji i Rejestrów Sądowych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Imię i nazwisko:*** |  | ***Data:*** | -  - |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***dokonał odbioru usług określonych w § 2 ust. 1 za miesiąc:***     ,  ***w zakresie: pkt 1)***   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Decyzja:*** | ***nie dotyczy pozytywna*** | ***negatywna*** | | ***Uwagi odbierającego:*** | | | |  | | | | ***Zestawienie kar umownych: [Podstawa prawna z Umowy/Ilość/jednostka kary]****– np.*   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Podstawa prawna z Umowy | ilość | jednostka kary | | *§* ... ust. … pkt … Umowy | … | 9-godzinne okresy zwłoki | | *§* … ust. … pkt … Umowy | … | 24-godzinny okres zwłoki | | *§* … ust…. Umowy | … | Uchybienie | | § … ust…. Umowy | … | Godzina | | § … ust…. Umowy | … | Inne | | | | |  | | |   ***w zakresie: pkt 2) z wyłączeniem lit. a***   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Decyzja:*** | ***nie dotyczy pozytywna*** | ***negatywna*** | | ***Uwagi odbierającego:*** | | | |  | | | | ***Zestawienie kar umownych: [Podstawa prawna z Umowy/Ilość/jednostka kary]*** | | | |  | | |   ***w zakresie: pkt 3)***   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Decyzja:*** | ***nie dotyczy pozytywna*** | ***negatywna*** | | ***Uwagi odbierającego:*** | | | |  | | | | ***Zestawienie kar umownych: [Podstawa prawna z Umowy/Ilość/jednostka kary]*** | | | |  | | |   ***w zakresie innych usług realizowanych w ramach Umowy:***   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Decyzja:*** | ***nie dotyczy pozytywna*** | ***negatywna*** | | ***Uwagi odbierającego:*** | | | |  | | | | ***Zestawienie kar umownych: [Podstawa prawna z Umowy/Ilość/jednostka kary]*** | | | |  | | |   *Sporządzono w 4 jednobrzmiących egzemplarzach: 1 dla Wykonawcy, 3 dla Zamawiającego.* | |
| Akceptacja\* *(Kierownik Projektu/Opiekun umowy  po stronie Zamawiającego)*  *\*\*bezwzględnie wymagany własnoręczny podpis + pieczątka* | |

1. **Protokół odbioru Nowej wersji Systemu /Usług określonych w Załączniku nr 6:**

**Protokół odbioru Nowej wersji Systemu** /**Usług określonych w Załączniku nr 6\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Data przeprowadzenia odbioru:** | | | | |  | |
|  | **Miejsce przeprowadzenia odbioru:** | | | | |  | |
|  | **Osoby uczestniczące:** | | | | |  | |
|  |  | | | **Przedstawiciele Zamawiającego:** | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | | **Przedstawiciele Wykonawcy:** | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  | **Lista modyfikacji i/lub naprawionych Błędów wchodzących w skład pakietu przedstawionego do odbioru:** | | | | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  | **Opis sposobu odbioru:** | | | |  | | |
|  |  | |  | | | | |
|  | **Przeprowadzone testy:** | | | |  | | |
|  |  |  | | | | | | |
|  | **Rezultaty przeprowadzonych testów:** | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | |
|  | **Ujawnione wady lub błędy:** | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | |
|  | **Reklamacje zgłoszone przez Zamawiającego:** | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | |
|  | **Wnioski dotyczące sposobu usunięcia ujawnionych wad lub błędów, bądź informacja o braku uwag:** | | | | | | |
|  | **Wykonawca oświadcza, że przekazane kody źródłowe do Nowej wersji Systemu stanowią kompletny kod źródłowy niezbędny do kompilacji Systemu.**  \*zbędne wykreślić | | | | | | |

**Z A M A W I A J Ą C Y: W Y K O N A W C A**

1. **Raport z testowania Nowej wersji Systemu:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Raport z testowania Nowej wersji Systemu**: | | | | | |
| RAPORT Z WYKONANIA TESTÓW NR: | | | | | |
| **Pełna oraz skrócona nazwa podmiotu, do którego kierowany jest raport:** | | |  | | |
| **Pełna oraz skrócona nazwa systemu** | | |  | | |
| **Umowa nr:** |  | | **Wersja systemu:** | |  |
| **Pełna oraz skrócona nazwa podmiotu, przeprowadzającego testy:** | | |  | | |
| **Pełna oraz skrócona nazwa oprogramowania testowego:** | |  | **Wersja oprogramowania testowego:** |  | |
| **Data zakończenia badania:** | | |  | | |
| **Tester**  *(nazwisko, imię, telefon, e-mail osoby przeprowadzającej badanie)* | | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lista przeprowadzonych przypadków testowych** | | | | |
| **Numer testu**  (*numery testów, począwszy od numeru 1)* | **Sygnatura przypadku testowego**  *(sygnatury przypadków testowych ze specyfikacji przypadków testowych)* | | **Pozytywny wynik testu**  *(w pozycji należy wpisać znak* ***X****, jeżeli wynik testu wypadł pozytywnie)* | **Negatywny wynik testu**  *(w pozycji należy wpisać znak* ***X****, jeżeli wynik testu wypadł negatywnie)* |
| 1. |  | |  |  |
| ………………………… | ………………………. | | ………………………. | ………………………… |
| *(numer ostatniego testu)* | *(sygnatura ostatniego przypadku)* | |  |  |
| **Lista przeprowadzonych scenariuszy testowych** | | | | |
| **Numer testu**  *(numery testów, począwszy od numeru 1)* | | **Sygnatura scenariusza testowego**  *(sygnatury scenariuszy testowych ze specyfikacji scenariuszy testowych)* | **Pozytywny wynik scenariusza**  *(w pozycji należy wpisać znak* ***X****, jeżeli wynik scenariusza wypadł pozytywnie)* | **Negatywny wynik scenariusza**  *(w pozycji należy wpisać znak* ***X****, jeżeli wynik scenariusza wypadł negatywnie)* |
| 1. | |  |  |  |
| ………………………… | | ………………………. | ………………………. | ………………………… |
| *(numer ostatniego testu)* | | *(sygnatura ostatniego scenariusza)* |  |  |
| **Uwagi do raportu** | |  | | |
| **Wynik badania**  *(wpisać:* ***TAK*** *lub* ***NIE****, co oznacza odpowiednio: poprawne lub niepoprawne wykonanie wszystkich testów i scenariuszy)* | |  | **Podpis osoby reprezentującej podmiot** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WERYFIKACJA WYKONANYCH TESTÓW NR: | | | | | |
| **Pełna oraz skrócona nazwa podmiotu przeprowadzającego weryfikację:** | | |  | | |
| **Pełna oraz skrócona nazwa systemu** | | |  | | |
| **Umowa nr:** |  | | **Wersja systemu:** | |  |
| **Pełna oraz skrócona nazwa podmiotu, którego oprogramowanie testowe jest poddawane weryfikacji:** | | |  | | |
| **Pełna oraz skrócona nazwa oprogramowania testowego:** | |  | **Wersja oprogramowania testowego:** |  | |
| **Data zakończenia weryfikacji:** | | |  | | |
| **Przeprowadzający weryfikację**  *(nazwisko, imię, telefon, e-mail pracownika podmiotu przeprowadzającego weryfikację badania)* | | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lista zweryfikowanych przypadków testowych** | | | | |
| **Numer testu**  (*numery testów, począwszy od numeru 1)* | **Sygnatura przypadku testowego**  *(sygnatury przypadków testowych ze specyfikacji przypadków testowych)* | | **Pozytywny wynik weryfikacji**  *(w pozycji należy wpisać znak* ***X****, jeżeli wynik przypadku wypadł pozytywnie)* | **Negatywny wynik weryfikacji**  *(w pozycji należy wpisać znak* ***X****, jeżeli wynik przypadku wypadł negatywnie)* |
| 1. |  | |  |  |
| ………………………… | ………………………. | | ………………………. | ………………………… |
| *(numer ostatniego testu)* | *(sygnatura ostatniego przypadku)* | |  |  |
| **Lista zweryfikowanych scenariuszy testowych** | | | | |
| **Numer testu**  (*numery testów, począwszy od numeru 1)* | | **Sygnatura scenariusza testowego**  *(sygnatury scenariuszy testowych ze specyfikacji scenariuszy testowych)* | **Pozytywny wynik weryfikacji**  *(w pozycji należy wpisać znak* ***X****, jeżeli wynik scenariusza wypadł pozytywnie)* | **Negatywny wynik weryfikacji**  *(w pozycji należy wpisać znak* ***X****, jeżeli wynik scenariusza wypadł negatywnie)* |
| 1. | |  |  |  |
| ………………………… | | ………………………. | ………………………. | ………………………… |
| *(numer ostatniego testu)* | | *(sygnatura ostatniego scenariusza)* |  |  |
| **Uwagi do weryfikacji badania** | |  | | |
| **Wynik weryfikacji**  *(wpisać:* ***TAK*** *lub* ***NIE****, co oznacza odpowiednio: poprawne lub niepoprawne wykonanie wszystkich testów i scenariuszy)* | |  | **Podpis osoby przeprowadzającej weryfikację badania** |  |

1. **Protokół odbioru szkoleń /warsztatów:**

**Protokół odbioru szkoleń/warsztatów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Data przeprowadzenia odbioru:** | | | | |  | |
|  | **Miejsce przeprowadzenia odbioru:** | | | | |  | |
|  | **Osoby uczestniczące:** | | | | |  | |
|  |  | | | **Przedstawiciele Zamawiającego:** | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | | **Przedstawiciele Wykonawcy:** | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  | **Opis sposobu odbioru:** | | | |  | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | | |
|  | **Stwierdzone nieprawidłowości:** | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | |
|  | **Reklamacje zgłoszone przez Zamawiającego:** | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | |
|  |  | | | | | | |

**Z A M A W I A J Ą C Y: W Y K O N A W C A:**

1. **Wniosek o dostęp do zasobów infrastruktury techniczno-systemowej**

|  |  |
| --- | --- |
| **WNIOSEK** | Numer wersji 1.0  Strona 1 z 3 |
| **DEPARTAMENT INFORMATYZACJI I REJESTRÓW SĄDOWYCH** | | |
| Tytuł: Wniosek o dostęp do zasobów infrastruktury techniczno-systemowej Ministerstwa Sprawiedliwości (ITS MS) – nadanie/modyfikacja/odebranie uprawnień. | | |

Załącznik nr 1. do Instrukcji „Nadawanie dostępu do zasobów infrastruktury techniczno-systemowej Ministerstwa Sprawiedliwości

**PROSZĘ WYPEŁNIAĆ WNIOSEK Z POMOCĄ DOŁĄCZONEJ PONIŻEJ INSTRUKCJI.**

**WNIOSEK WYPEŁNIONY NIEPRAWIDŁOWO /NIEKOMPLETNIE BĘDZIE ODRZUCOWNY Z PRZYCZYN FORMALNYCH.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data wpłynięcia wniosku do Sekretariatu DIRS:\*wypełnia Sekretariat DIRS** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko użytkownika:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E-mail:** |  | | | | | | | **Telefon komórkowy:** | | | | |  | | | | |
| **PESEL:** |  |  |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  |  |  |
| **Nazwa firmy zewnętrznej lub jednostki organizacyjnej Resortu:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko Kierownika projektu po stronie Wykonawcy LUB Przełożonego w przypadku Resortu** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Telefon komórkowy oraz adres e-mail Kierownika projektu po stronie Wykonawcy LUB Przełożonego w przypadku Resortu** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko Kierownika projektu /Opiekuna umowy po stronie Zamawiającego (MS)** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wniosek o:** | £ nadanie uprawnień | | | | | £ modyfikację uprawnień | | | | | | | | £ odebranie uprawnień | | | |
| **Wnioskowana data**  **nadania dostępu:** |  | | | | | **Data wygaśnięcia dostępu:** | | | | | | | |  | | | |
| **Nazwa Projektu/przedmiot umowy lub uzasadnienie  w przypadku odebrania uprawnień:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numer umowy:** | \*pole obowiązkowe tylko w przypadku firmy zewnętrznej | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data obowiązywania umowy (od - do)** | **Data wygaśnięcia dostępu:** \*pole obowiązkowe tylko w przypadku firmy zewnętrznej | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Data obowiązywania usług gwarancyjnych:** | \*pole obowiązkowe tylko w przypadku firmy zewnętrznej  £TAK – do kiedy: ……………(wskazanie daty) £NIE DOTYCZY | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **System / środowisko:** | £ developerskie  £ testowe  £ produkcyjne | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rodzaj/poziom dostępu:** | £ środowisko sieciowe | | | SYSTEM OPERACYJNY | | | | | BAZA DANYCH | | | £ obszar aplikacyjny | | | | | |
| £ mainframe | | | | | £ mainframe | | |
| £ serwery x86 | | | | | £ serwery x86 | | |
|  | Opis:  (np.: TSO, z sieci WAN MS (adresacja IP), z sieci VPN IPSec, z sieci VPN SSL, DB2, x86, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wyszczególnienie zasobów do jakich**  **ma być dostęp:** | Opis:  (np.: tabele, schematy w bazie danych, porty sieciowe, adresy IP, maszyny wirtualne, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczenie Użytkownika\*:**  ***\*wymagane tylko  w przypadku wnioskowania  o nadanie i modyfikację uprawnień*** | Oświadczam, że zapoznała(e)m się, rozumiem i będę przestrzegać obowiązków wynikających z:  1. Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych   (Dz. U z 2014, poz. 1182 j.t.).  2. Polityki Bezpieczeństwa Informacji Ministerstwa Sprawiedliwości.  3. Regulaminu Użytkownika Systemów Teleinformatycznych Ministerstwa   Sprawiedliwości.  i zobowiązuję się do zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych poprzez ich ochronę przed udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabraniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ww. regulacji oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem, a także jestem świadom(a) odpowiedzialności jaką ponoszę na podstawie przepisów Regulaminu pracy, Kodeksu Karnego, Kodeksu pracy oraz Ustawy o ochronie danych osobowych.  Jednocześnie zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia do których uzyskam dostęp.  **Niniejsze oświadczenie potwierdzam własnoręcznym podpisem.**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  | Data i podpis oświadczającego | |

**Złożenie zatwierdzenia dla wniosku w procesie zarządzania zmianą za pośrednictwem systemu HP Service Manager (HPSM) jest równoznaczne z jego akceptacją . Ten typ zatwierdzenia jest możliwy tylko przy akceptacji oznaczonej jedną gwiazdką \*.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Podpisy wymagane w przypadku **Wnioskodawcy z Resortu**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Akceptacja**\*\*** *(Przełożony Użytkownika /Kierownik jednostki organizacyjnej resortu /Kierownik projektu)* |  | Akceptacja DIRS\*  *(Dyrektor DIRS  /Naczelnik WUA/WUI)* |   **\*\*bezwzględnie wymagany odręczny podpis + pieczątka** \*Możliwość zatwierdzenia poprzez system HPSM |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Podpisy wymagane w przypadku **Wnioskodawcy z firmy zewnętrznej**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Akceptacja**\*\*** *(Kierownik Projektu Wykonawcy)* |  | Akceptacja\* *(Kierownik Projektu/Opiekun umowy  po stronie Zamawiającego)* |   **\*\*bezwzględnie wymagany odręczny podpis + pieczątka**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Potwierdzenie realizacji\*  *(Administrator SPD MS)* |  | Akceptacja \*  *(Dyrektor DIRS)*  \*Możliwość zatwierdzenia poprzez system HPSM | |

1. **Protokół odbioru Dokumentacji Systemu:**

**Protokół odbioru Dokumentacji Systemu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *-----------------------------------------* | *Wypełnia Wykonawca/Zamawiający* | | | *-------------------------------------* | |
| **Formularz odbioru Dokumentacji** | | | ***Nr Zgłoszenia:*** | |  |
|  | |  | ***Data:*** | | -  - |
|  | |  | ***Godzina:*** | | . |
|  | |  | ***Rodzaj błędu:*** | |  |
|  | |  | ***Serwis gwarancyjny (T/N):*** | |  |

|  |
| --- |
| **Departament Informatyzacji i Rejestrów Sądowych/………………………..** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Imię i nazwisko:*** |  | | |
|  | | **System:** |  | | **Wersja:** |  |

|  |
| --- |
| ***Opis szczegółowy:*** |
|  |
| ***W załączeniu:*** |
|  |

***ZAMAWIAJĄCY/WYKONAWCA***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *----------------------------------* | *Wypełnia Wykonawca/Zamawiający* | *------------------------------------* |

|  |
| --- |
| *<nazwa firmy>* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Imię i nazwisko:*** |  | ***Data:*** | -  - | ***Godzina:*** | . |

|  |
| --- |
| **przyjmuje Dokumentację:**  **1.**  **2.**  **…** |
| ***Działania proponowane:*** |
|  |

***WYKONAWCA/ZAMAWIAJĄCY***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *--------------------------------* | *Wypełnia Wykonawca/Zamawiający* | *----------------------------------* |
| ***Adnotacje dot. Dokumentacji*** | | |
|  | | |

1. **Ankieta szkolenia**

Ankieta dot. szkolenia ………………………………......................................................

…………………………………………………………………………………………..

**1.** Jak Pan/Pani ocenia program i metody szkoleniowe:

* bardzo wysoko (1punkt)
* wysoko (0,8 punktu)
* średnio (0,6 punktu)
* nisko (0,4 punktu)
* bardzo nisko (0,2 punktu)
* brak kompetencji (0 punktów)

W przypadku dwóch najniższych ocen niezbędne jest uzasadnienie swojego wyboru:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2.** Czy Pana/Pani zdaniem otrzymane materiały szkoleniowe były zgodne z programem szkolenia?

* zgodność w 100% (1 punkt)
* zgodność w 80% (0,8 punktu)
* zgodność w 60% (0,6 punktu)
* zgodność w 40% (0,4 punktu)
* zgodność w 20% (0,2 punktu)
* brak zgodności (0 punktów)

W przypadku dwóch najniższych ocen niezbędne jest uzasadnienie swojego wyboru:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3.** Jak ocenia Pani/Pan przygotowanie merytoryczne osób prowadzących szkolenie?[[1]](#footnote-2)

a) Trener I

* bardzo wysoko (1punkt)
* wysoko (0,8 punktu)
* średnio (0,6 punktu)
* nisko (0,4 punktu)
* bardzo nisko (0,2 punktu)
* brak kompetencji (0 punktów)

W przypadku dwóch najniższych ocen niezbędne jest uzasadnienie swojego wyboru:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

b) Trener II

* bardzo wysoko (1punkt)
* wysoko (0,8 punktu)
* średnio (0,6 punktu)
* nisko (0,4 punktu)
* bardzo nisko (0,2 punktu)
* brak kompetencji (0 punktów)

W przypadku dwóch najniższych ocen niezbędne jest uzasadnienie swojego wyboru:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4.**Czy Pana/Pani zdaniem program szkolenia został zrealizowany w całości?:

* w 100% (1 punkt)
* w 80% (0,8 punktu)
* w 60% (0,6 punktu)
* w 40% (0,4 punktu)
* w 20% (0,2 punktu)
* brak zgodności (0 punktu)

**5.** Jak Pan/Pani ocenia organizację szkolenia:

* bardzo wysoko
* wysoko
* średnio
* nisko
* bardzo nisko

Proszę o ew. uzasadnienie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**6.** Jak ocenia Pan/Pani rezultaty w zakresie przekazanej wiedzy (proszę o zaznaczenie "X" - kilka możliwości):

* stwierdzam znaczący wzrost wiedzy i rozeznania w problematyce objętej szkoleniem
* stwierdzam nieznaczny (średni) wzrost wiedzy i rozeznania w problematyce objętej szkoleniem
* stwierdzam minimalny wzrost wiedzy i rozeznania w problematyce objętej szkoleniem
* stwierdzam brak zwiększenia wiedzy z zakresu tematyki objętej szkoleniem
* uzyskanej wiedzy nie da się zastosować w praktyce
* zastosowanie w praktyce uzyskanej wiedzy napotyka na znaczne trudności
* uzyskana wiedza jest mało przydatna w warunkach panującej rzeczywistości

□ inne możliwości dotyczące wpływu szkolenia na poziom wiedzy (proszę opisać):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**7.** Na podstawie Pana/Pani obserwacji proszę o dokonanie oceny wpływu szkolenia na umiejętności praktyczne (proszę o zaznaczenie "X" - kilka możliwości):

* stwierdzam znaczący wzrost umiejętności z zakresu problematyki objętej szkoleniem
* stwierdzam nieznaczny (średni) wzrost umiejętności zdobytych w wyniku udziału w szkoleniu (w zakresie problematyki objętej szkoleniem)
* stwierdzam minimalny rozwój umiejętności w wyniku udziału w szkoleniu (w zakresie problematyki objętej szkoleniem)
* stwierdzam brak wzrostu umiejętności z zakresu objętego szkoleniem
* stwierdzam rozwój umiejętności bez możliwości zastosowania ich w praktyce
* zastosowanie w praktyce zdobytych umiejętności napotyka na znaczne trudności
* zdobyte umiejętności są mało przydatne w warunkach panującej rzeczywistości
* inne możliwości dotyczące wpływu szkolenia na rozwój umiejętności (proszę opisać):\

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**8.** Jakie Pana/Pani zdaniem są mocne i słabe strony szkolenia (proszę o podanie kilku przykładów)?

**Mocne strony szkolenia: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Słabe strony szkolenia: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Zatwierdzenie Nowej wersji Systemu do wdrożenia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *-------------------------------------------* | | *Wypełnia DIRS* | | *---------------------------------------* | |
| **Formularz polecenia wdrożenia wersji** | | |  | |  |
| ***Nr polecenia:*** | |  |
| **testowej** | **produkcyjnej** | | ***Data:*** | | -  - |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***na podstawie decyzji nr:*** |  | ***z dnia:*** | -  - |

|  |
| --- |
| **Departament Informatyzacji i Rejestrów Sądowych** |

|  |  |
| --- | --- |
| **poleca wdrożyć wersję** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Systemu** |  |

|  |
| --- |
| ***w:*** |
| *<POPD lub nazwy jednostek>* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***w terminie do:*** |  | | |
| **poleca dystrybuować ww. wersję Systemu  w następujących lokalizacjach:** | |  |
| ***w terminie do:*** |  | | |

|  |
| --- |
| ***Uwagi:*** |
|  |

***ZAMAWIAJĄCY***

1. **Protokół Odbioru testowego przełączenia pracy Systemu/produkcyjnego przełączenia pracy Systemu/** **instalacji i konfiguracji wszystkich podsystemów Systemu w obu ośrodkach Zamawiającego\***

(wykonanie w ramach Opcji)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Data przeprowadzenia odbioru: | | | |  |
|  | Miejsce przeprowadzenia odbioru: | | | |  |
|  | Osoby uczestniczące: | | | |  |
|  |  | | | Przedstawiciele Zamawiającego: |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | | Przedstawiciele Wykonawcy: |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  | Przeprowadzone czynności odbiorcze: | | | | |
|  |  | |  | | |
|  | Ujawnione wady i usterki: | | | | |
|  |  |  | | | |
|  | Wnioski dot. usunięcia ujawnionych wad, błędów i usterek, bądź informacja o braku zastrzeżeń: | | | | |
|  |  |  | | | |

*\*zbędne wykreślić*

**WYKONAWCA ZAMAWIAJĄCY**

**AKCEPTUJĘ**

**(Kierownik Projektu Zamawiającego)**

1. Za pytanie nr 3 można maksymalnie otrzymać 1 pkt. W przypadku oceny więcej niż jednej osoby aby uzyskać wynik należy wyliczyć średnią arytmetyczną z ocen otrzymanych przez wszystkie osoby prowadzące szkolenie. [↑](#footnote-ref-2)