

.....
(miejscowość i data).....
(nazwa i adres wykonawcy)**WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH**

określonych w pkt 9.1. lit. d SWZ

składany w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.**„Świadczenie usług z zakresu opieki zdrowotnej oraz usług z zakresu medycyny pracy w roku 2025”**

oświadczamy, że:

- a) dysponujemy placówkami medycznymi na terenie Warszawy świadczącymi usługi opieki zdrowotnej określone w pkt 9.1. lit. d SWZ, mieszczącymi się pod następującymi adresami: *(wypełnia Wykonawca)*

Lp.	Nazwa i adres placówki leczniczej	Nazwy specjalizacji lekarzy w nich przyjmujących	Dysponowanie zasobami	
			Własne ¹ /Innego podmiotu	Nazwa innego podmiotu ²
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
(..)				

(Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę (osoby) uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

¹ Należy wpisać „własne” lub „innego podmiotu” w przypadku, gdy Wykonawca polega na zasobach innego podmiotu dla wykazania spełniania warunku udziału w postępowaniu

² Wypełnić w przypadku gdy Wykonawca polega na potencjale innego podmiotu.