……….................................................

(miejscowość i data)

................................................

................................................

(nazwa i adres wykonawcy)

**WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH**

określonych w pkt 9.1. lit. d ppkt. 1 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:

1. dysponujemy placówkami medycznymi na terenie Katowic świadczącymi usługi opieki zdrowotnej określone w pkt 9.1. lit. d, ppkt 1 SWZ, mieszczącymi się pod następującymi adresami: (*wypełnia Wykonawca*)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres placówki leczniczej** | **Nazwy specjalizacji lekarzy w nich przyjmujących** | **Dysponowanie zasobami** | |
| **Własne[[1]](#footnote-1)/Innego podmiotu** | **Nazwa innego podmiotu[[2]](#footnote-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) uprawnione 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 postepowaniu [↑](#footnote-ref-1)
2. Wypełnić w przypadku gry Wykonawca polega na potencjale innego podmiotu. [↑](#footnote-ref-2)