Nazwa i adres Wykonawcy

**Wykaz liczby placówek medycznych oferowanych przez Wykonawcę**

**w lokalizacjach Zamawiającego wraz z zakresem świadczonych usług**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **świadczenie opieki medycznej dla pracowników Głównego Inspektoratu Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych**, oświadczam, że posiadam/y do dyspozycji Zamawiającego następującą liczbę placówek medycznych świadczących zakres usług medycznych określonych w opisie przedmiotu zamówienia z zastrzeżeniem zapisów określonych w dziale I pkt. 4 SIWZ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lokalizacje Zamawiającego** | **Liczba placówek, wymagane minimum Zamawiającego w odniesieniu do poszczególnych lokalizacji z  zastrzeżeniem dział I pkt. 4. SIWZ na usługi społeczne \*\*** | **Wykaz placówek medycznych proponowanych przez Wykonawcę \*** **świadczących usługi medyczne zgodnie z  zapisami dział I pkt. 4. SIWZ na usługi społeczne \*\*** | **Podstawa do dysponowania potencjałem technicznym** | **Zakres świadczonych usług przez placówki podane w kolumnie nr 3** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Warszawa** | **co najmniej 5 placówek** | **1.** |  |  |
|  |  | **2.** |  |  |
|  |  | **3.** |  |  |
|  |  | **4.** |  |  |
|  |  | **5.** |  |  |
| **Poznań** | **co najmniej 5 placówek** | **1.** |  |  |
|  |  | **2.** |  |  |
|  |  | **3.** |  |  |
|  |  | **4.** |  |  |
|  |  | **5.** |  |  |
| **Trójmiasto** | **co najmniej 5 placówek** | **1.** |  |  |
|  |  | **2.** |  |  |
|  |  | **3.** |  |  |
|  |  | **4.** |  |  |
|  |  | **5.** |  |  |
| **Białystok** | **co najmniej 1 placówka** | **1.** |  |  |
| **Kielce** | **co najmniej 1 placówka** | **1.** |  |  |
| **Lublin** | **co najmniej 1 placówka** | **1.** |  |  |
| **Gdynia** | **co najmniej 1 placówka** | **1.** |  |  |
| **Olsztyn** | **co najmniej 1 placówka** |  |  |  |
| **Katowice** | **co najmniej 1 placówka** |  |  |  |

\* wypełniając kolumnę nr 3 należy podać pełną nazwę placówki medycznej oraz jej adres,

\*\* wypełniając kolumnę 3 i 5 należy zwrócić uwagę aby zaproponowana placówka spełniała zapisy określone w dziale I pkt 4 SIWZ: „W każdej placówce medycznej, którą zapewnia Wykonawca musi być świadczony pełen zakres usług medycznych zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia znajdującym się w załączniku nr 7 do SIWZ. Wyjątek mogą stanowić: medycyna pracy, opieka stomatologiczna, badania radiologiczne, badania endoskopowe, rehabilitacja oraz konsultacje specjalistyczne z zastrzeżeniem, że w każdej oferowanej przez Wykonawcę placówce musi być dostępna podstawowa opieka medyczna t,j, opieka lekarza internisty i/lub lekarza medycyny rodzinnej oraz pediatry, a także musi być dostępny gabinet zabiegowy i punkt pobrań. Wyłączone usługi medyczne, o których mowa w niniejszym punkcie Wykonawca musi świadczyć w wybranych placówkach własnych lub współpracujących znajdujących się na terenie danej lokalizacji Zamawiającego.”

*(miejscowość i data podpisania oświadczenia)*

*(pieczątka imienna i podpis lub czytelny podpis Wykonawcy*

*lub osoby/osób upoważnionej /ych do reprezentowania Wykonawcy*