**Dane Wykonawcy\*/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia\* / Podmiotu udostępniającego zasoby\*:**

**Wykaz liczby placówek medycznych oferowanych przez Wykonawcę**

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

W nawiązaniu do oferty złożonej 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 rozdziale III pkt. 3.4 SWZ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lokalizacje Zamawiającego** | **Liczba placówek, wymagane minimum Zamawiającego w odniesieniu do poszczególnych lokalizacji z  zastrzeżeniem rozdział III pkt 3.4. SWZ na usługi społeczne i inne szczególne usługi \*\*** | **Wykaz placówek medycznych proponowanych przez Wykonawcę\*** **świadczących usługi medyczne zgodnie z  treścią rozdziału III pkt 3.4. SWZ na usługi społeczne i inne szczególne usługi\*\*** | **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.** |  |  |
| **(Gdańsk,** | **(w tym co najmniej 1 placówka w Gdyni)** | **2.** |  |  |
| **Sopot, Gdynia)** |  | **3.** |  |  |
|  |  | **4.** |  |  |
|  |  | **5.** |  |  |
| **Białystok** | **co najmniej 1 placówka** | **1.** |  |  |
| **Kielce** | **co najmniej 1 placówka** | **1.** |  |  |
| **Lublin** | **co najmniej 1 placówka** | **1.** |  |  |
| **Olsztyn** | **co najmniej 1 placówka** | **1.** |  |  |
| **Katowice** | **co najmniej 1 placówka** | **1.** |  |  |

\* wypełniając kolumnę nr 3 **należy podać pełną nazwę placówki medycznej oraz jej adres, zgodne z dokumentami rejestrowymi** (np. KRS, CEDIG)

\*\* wypełniając kolumnę 3 i 5 należy zwrócić uwagę aby zaproponowana placówka spełniała wymagania określone w rozdziale III pkt 3.4. SWZ: „W każdej placówce medycznej, którą zapewnia Wykonawca musi być świadczony pełen zakres usług medycznych zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia znajdującym się w załączniku nr 1 do SWZ. 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.”

**Oświadczenie dotyczące podanych informacji:**

**Oświadczam, że** wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

--------------------------------------------

Proszę wypełnić każdą część oświadczenia – poprzez zaznaczenie właściwej odpowiedzi lub jej udzielenie - jeśli jakaś część oświadczenia nie dotyczy podmiotu składającego oświadczenie: proszę wpisać, że „nie dotyczy”

W części dotyczącej podmiotu składającego oświadczenie proszę odpowiednio dostosować w zależności od tego czy oświadczenie składa Wykonawca, Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia, czy podmiot udostępniający zasoby.

\*niepotrzebne skreślić lub zaznaczyć właściwe

Oświadczenie winna podpisać osoba (osoby) uprawniona do reprezentacji Wykonawcy, Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia, podmiotu udostępniającego zasoby - Wymogi odnoszące się do formy niniejszego oświadczenia, w szczególności wymogi co do jej podpisania i złożenia, zostały szczegółowo opisane w SWZ.