Załącznik nr 6 do Ogłoszenia o zamówieniu

Nr postępowania: BAG.261.4.2020.API

LICZBA PLACÓWEK MEDYCZNYCH WYKONAWCY

Oświadczamy, że na dzień składania ofert posiadamy / współpracujemy z następującą liczbą placówek medycznych:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Placówki medyczne Wykonawcy | Liczba placówek |
| 1. | Liczba placówek Wykonawcy w Warszawie  |  |
| 2 | Liczba placówek własnych w Warszawie  |  |
| 3. | Liczba placówek Wykonawcy na terenie Łodzi, Kutna, Krakowa, Poznania i Sosnowca ( min. 1 w każdym mieście) |  |
| 4. | Łączna liczba placówek współpracujących z Wykonawcą na terenie kraju (razem z własnymi) |  |

Miejscowość dnia

(podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)