**Wykonawca:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Pieczęć firmowa Wykonawcy)*

|  |
| --- |
| **WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH, W KTÓRYCH BĘDĄ REALIZOWANE USŁUGI MEDYCZNE W RAMACH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO****(dotyczy Części nr 1 zamówienia)** |

Składając ofertę na Część nr 1 zamówienia w postępowaniu o udzielenie zamówienia sektorowego pn:

**„GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE DLA PRACOWNIKÓW ORAZ CZŁONKÓW ZARZĄDU WARSZAWSKIEJ KOLEI DOJAZDOWEJ SP. Z O.O. I CZŁONKÓW ICH RODZIN
ORAZ ŚWIADCZENIE USLUG MEDYCZNYCH Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY”**

Oświadczam(y), że usługi medyczne stanowiące przedmiot zamówienia świadczone będą w następujących placówkach medycznych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Miasto** | **Nazwa i adres placówki medycznej** | **Informacja o spełnianiu warunków określonych przez Zamawiającego w pkt VII.2 OPZ (Załącznik nr 2.1 do SIWZ)(spełnienie wymagań należy określić wg reguły TAK/NIE)\*** |
| **Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** | **Placówka posiada punkt pobrań diagnostyki** | **Placówka posiada lekarzy minimum 5 specjalizacji** |
|  | **Warszawa – min. 40 placówek** |  |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |  |
| 21. |  |  |  |  |  |
| 22. |  |  |  |  |  |
| 23. |  |  |  |  |  |
| 24. |  |  |  |  |  |
| 25. |  |  |  |  |  |
| 26. |  |  |  |  |  |
| 27. |  |  |  |  |  |
| 28. |  |  |  |  |  |
| 29. |  |  |  |  |  |
| 30. |  |  |  |  |  |
| 31. |  |  |  |  |  |
| 32. |  |  |  |  |  |
| 33. |  |  |  |  |  |
| 34. |  |  |  |  |  |
| 35. |  |  |  |  |  |
| 36. |  |  |  |  |  |
| 37. |  |  |  |  |  |
| 38. |  |  |  |  |  |
| 39. |  |  |  |  |  |
| 40. |  |  |  |  |  |
|  | **Grodzisk Mazowiecki – min. 5 placówek** |  |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
|  | **Pruszków – min. 2 placówki** |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
|  | **Łowicz – min. 2 placówki** |  |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
|  | **Skierniewice – min. 1 placówki** |  |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
|  | **Żyrardów – min. 2 placówki** |  |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| **Kutno – min. 2 placówki** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

**UWAGA:**

Wykonawca nie jest zobowiązany do dołączania do oferty dokumentów potwierdzających podane w tabeli informacje, składa jedynie niniejsze oświadczenie.

\* spełnianie wymagań określonych w warunku dot. wskazanych placówek medycznych należy określić wg formuły TAK/NIE, tzn. „TAK” – spełnia, „NIE” – nie spełnia.

Oświadczam(y), że wszystkie podane w powyższej tabeli informacje są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzania Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(miejscowość, data)* *(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

 *Wykonawców występujących wspólnie)*