Znak postępowania: WKD10a-27-3/2018 *Załącznik nr 6 do SIWZ*

**Wykonawca:**

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

*(Pieczęć firmowa Wykonawcy)*

|  |
| --- |
| **WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH,****w których będą realizowane usługi medyczne w ramach ubezpieczenia zdrowotnego****- wymagania podstawowe** |

**Ubiegając się o zamówienie publiczne pn. „Grupowe ubezpieczenie zdrowotne dla pracowników Warszawskiej Kolei Dojazdowej sp. z o.o. i członków ich rodzin” oferujemy świadczenie usług medycznych opisanych w Opisie Przedmiotu Zamówienia
w placówkach medycznych, dla których wymagania określono w Rozdziale III ust. 6 pkt 1) i 2) SIWZ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Miasto** | **Nazwa i adres placówki medycznej** | **Spełnianie przez placówkę wymagań określonych w Rozdziale III ust. 6 pkt 2) SIWZ** **(TAK/NIE)\*** |
| **Usługi z zakresu Medycyny Pracy** | **Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** | **Punkt pobrań diagnostyki** | **Lekarze minimum 5 specjalizacji** |
| **1.** | **Warszawa – 30 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) |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Grodzisk Mazowiecki – 5 placówek** |
| 31) |  |  |  |  |  |  |
| 32) |  |  |  |  |  |  |
| 33) |  |  |  |  |  |  |
| 34) |  |  |  |  |  |  |
| 35) |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | **Pruszków – 1 placówka** |
| 36) |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | **Błonie – 1 placówka** |
| 37) |  |  |  |  |  |  |
| **5.** | **Łowicz – 2 placówki** |
| 38) |  |  |  |  |  |  |
| 39) |  |  |  |  |  |  |
| **6.** | **Skierniewice – 2 placówki** |
| 40) |  |  |  |  |  |  |
| 41) |  |  |  |  |  |  |
| **7.** | **Żyrardów – 3 placówki** |
| 42) |  |  |  |  |  |  |
| 43) |  |  |  |  |  |  |
| 44) |  |  |  |  |  |  |
| **8.** | **Kutno – 3 placówki** |
| 45) |  |  |  |  |  |  |
| 46) |  |  |  |  |  |  |
| 47) |  |  |  |  |  |  |

**\*spełnienie wymagań należy określić według reguły TAK/NIE**

Wykaz zawiera 47 placówek medycznych spełniających wymagania Zamawiającego określone w Rozdziale III ust. 6 SIWZ, jako wymagania podstawowe.

Dodatkowe placówki medyczne, które będą oceniane w ramach kryterium oceny ofert na zasadach opisanych w Rozdziale XVII ust. 2 pkt 3) lit. d) SIWZ, Wykonawca powinien wskazać w formularzu stanowiącym Załącznik nr 6.1 do SIWZ.

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

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

 *Wykonawców występujących wspólnie)*