Znak postępowania: WKD10a-27-9/2018 *Załącznik nr 6.1 do SIWZ*

**Wykonawca:**

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

*(Pieczęć firmowa Wykonawcy)*

|  |
| --- |
| **WYKAZ DODATKOWYCH PLACÓWEK MEDYCZNYCH,**  **w których będą realizowane usługi medyczne w ramach ubezpieczenia zdrowotnego**  **- w celu przyznania punktacji w kryterium LPM** |

**Ubiegając się o zamówienie publiczne pn. „Grupowe ubezpieczenie zdrowotne dla pracowników Warszawskiej Kolei Dojazdowej sp. z o.o. i członków ich rodzin” przedstawiamy poniższy wykaz oraz oferujemy świadczenie usług medycznych opisanych   
w Opisie Przedmiotu Zamówienia w dodatkowych placówkach medycznych w miastach wskazanych przez Zamawiającego:**

**Warszawa, Grodzisk Mazowiecki, Pruszków, Błonie, Łowicz, Skierniewice, Żyrardów, Kutno \*\*)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Miasto** | **Nazwa i adres placówki medycznej** | **Zakres specjalizacji** |
|
| 41) |  |  |  |
| 42) |  |  |  |
| 43) |  |  |  |
| …. |  |  |  |

**\*\*) Liczba placówek medycznych ujęta w niniejszym wykazie będzie oceniana w ramach kryterium oceny ofert, o którym mowa   
w Rozdziale XVII ust. 2 pkt 3) lit. d) SIWZ.**

**UWAGA:**

Zamawiający dopuszcza załączenie do oferty wykazu dodatkowych placówek medycznych na formularzu własnym Wykonawcy, pod warunkiem zgodności tego formularza co do treści oraz opisu kolumn i wierszy z wzorem formularza przygotowanego przez Zamawiającego (Załącznik nr 6.1 do SIWZ).

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

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

*Wykonawców występujących wspólnie)*