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

*(Pieczęć firmowa Wykonawcy)*

|  |
| --- |
| **WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH,**  **W KTÓRYCH BĘDĄ REALIZOWANE USŁUGI MEDYCZNE W RAMACH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO** |

Składając ofertę w postępowaniu na:

**„GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE DLA PRACOWNIKÓW ORAZ CZŁONKÓW ZARZĄDU WARSZAWSKIEJ KOLEI DOJAZDOWEJ SP. Z O.O. I CZŁONKÓW ICH RODZIN”**

Oświadczam(y), ze 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 do SWZ)  (spełnianie 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. 1 placówka | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| Skierniewice – min. 2 placówki | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| Żyrardów – min. 2 placówki | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| Kutno – min. 2 placówki | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

**UWAGA:**

1. Wykonawca nie jest zobowiązany do dołączania do oferty dokumentów potwierdzających podane w tabeli informacje, składa jedynie niniejsze oświadczenie.
2. \* 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)[[1]](#footnote-1)*

1. Wykonawca podpisuje plik kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym [↑](#footnote-ref-1)