**Zamawiający:**

Generalna Dyrekcja Ochrony Środowiska

ul. Wawelska 52/54

00-922 Warszawa

.............................................  
*(pieczęć nagłówkowa Wykonawcy)*

**WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Świadczenie usługi kompleksowej opieki medycznej dla pracowników Generalnej Dyrekcji Ochrony Środowiska**,prowadzonego przez Generalną Dyrekcję Ochrony Środowiska, w imieniu Wykonawcy wskazanego powyżej, oświadczam/y, że usługi medyczne świadczone będą w następujących placówkach:

| **Lp.** | **Nazwa placówki medycznej** | **Adres** **placówki medycznej** | **Telefon kontaktowy** | **Liczba lekarzy przyjmujących w placówce (min. 5 o przynajmniej jednej specjalności określonej w Opisie przedmiotu zamówienia w rozdz. II.3 ppkt. 1-21)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*miejscowość data*

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

*podpis osoby upoważnionej/ podpisy*

*osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*