

.....  
(miejsowość i data).....  
.....  
(nazwa i adres wykonawcy)**WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH**

określonych w pkt 9.1. lit. d ppkt. 1 SWZ

składany w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.**„Świadczenie usług z zakresu opieki zdrowotnej oraz usług z zakresu medycyny pracy w roku 2025”**

oświadczamy, że:

- a) dysponujemy placówkami medycznymi na terenie Katowic świadczącymi usługi opieki zdrowotnej określone w pkt 9.1. lit. d, ppkt 1 SWZ, mieszczącymi się pod następującymi adresami: *(wypełnia Wykonawca)*

Lp.	Nazwa i adres placówki leczniczej	Nazwy specjalizacji lekarzy w nich przyjmujących	Dysponowanie zasobami	
			Własne <sup>1</sup> /Innego podmiotu	Nazwa innego podmiotu <sup>2</sup>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
(..)				

(Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę (osoby) uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

<sup>1</sup> Należy wpisać „własne” lub „innego podmiotu” w przypadku, gdy Wykonawca polega na zasobach innego podmiotu dla wykazania spełnienia warunku udziału w postępowaniu

<sup>2</sup> Wypełnić w przypadku gry Wykonawca polega na potencjale innego podmiotu.