Załącznik Nr 4

WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH WYKONAWCY

w Warszawie

Składając ofertę na **„**Świadczenie usługi kompleksowej opieki medycznej dla pracowników Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego”, oświadczamy, że na dzień składania ofert na terenie Warszawy posiadamy własne / dysponujemy następującymi placówkami medycznymi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa placówki medycznej własnej | Adres | Telefon kontaktowy |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa placówki medycznej współpracującej |  |  |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
|  |  |  |  |

Uwaga:

Należy podać wszystkie placówki własne Wykonawcy oraz wszystkie placówki będące w dyspozycji Wykonawcy.

Miejscowość dnia

(podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)