Załącznik Nr 5

WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH WYKONAWCY

w Łodzi, Poznaniu, Krakowie oraz Katowicach

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane miasta: Łódź, Poznań, Kraków, Katowice ( min 1 placówka w każdym mieście) | Nazwa placówki medycznej | Adres | Telefon kontaktowy |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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)