Załącznik nr 11 do SWZ

**WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZYCH**

1. **Wykaz placówek własnych na terenie Gliwic:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAZWA PLACÓWKI | …………………………………………………………………………………………………………….………… | |
| SIEDZIBA | …………………………………………………………………………………………………………….………… | |
| NIP | …………………………………………………………………………………………………….………………… | |
| REGON | ……………………………………………………………………………………………………….……………… | |
| Świadczenia z zakresu medycyny pracy | TAK / NIE | |
| Zakres świadczeń (dla potwierdzenia spełnienia warunku SWZ osobistego wykonania zamówienia) | Wykaz specjalizacji: |  |
| Zakres świadczonych usług diagnostycznych: |  |

1. **Wykaz placówek własnych na terenie Górnośląsko – Zagłębiowskiej Metropolii:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | Nazwa placówki | adres | Placówka własna |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

1. **Wykaz placówek ogółem w Polsce**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | Nazwa placówki | adres | Placówka własna / współpracująca |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

Zamawiający dopuszcza przedstawienie wykazu w innej formie, w tym w postaci wydruku elektronicznego pod warunkiem, że zawierać będzie wszystkie wymagane dane zawarte w formularzu.

*/podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy w formie elektronicznej – podpis kwalifikowany lub podpis zaufany lub podpis osobisty/*