**Załącznik nr 6 do SIWZ po zmianie na dzień 24.06.2020 r.**

**WYKAZ PLACÓWEK DOSTĘPNYCH WYKONAWCY NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

My, niżej podpisani, działając w imieniu i na rzecz:

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

*(nazwa /firma/ i adres Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na

**Świadczenie opieki zdrowotnej dla pracowników PIG-PIB oraz członków rodzin**

oświadczamy, że na potrzeby realizacji zamówienia dysponujemy nw. palcówkami, w celu wykazania spełniania warunku określonego w pkt. 7.2.2 SIWZ oraz kryterium oceny ofert o którym mowa w pkt 16.5 SIWZ,tj.:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miasto** | **Nazwa, adres** | **Podstawa dysponowania**  **własny\*\* / udostępniony\*\*** |
| **Warszawa** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |
| **Gdańsk** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |
| **Szczecin** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |
| **Kraków** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |
| **Wrocław** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |
| **Kielce** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |
| **Sosnowiec** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |
| **Lublin** | 1) |  |
| 2) |  |
| 3)\* |  |

*\*Wykonawca dodaje wiersze wg. potrzeby*

*\*\* należy wpisać właściwą podstawę dysponowania*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych): | Miejscowość  i data: |
|  |  |  |  |