**Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego**

W celu wykazania spełniania kryteriów, o których mowa w pkt 7. ppkt. 2.1. Zapytania ofertowego

Wykonawca załącza do oferty na :

***„*****Świadczenie przez wykonawcę usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Centrum e-Zdrowia*”***

znak sprawy: **WRZ.270.291.2023**

**OBLIGATORYJNY WYKAZ PLACÓWEK ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI MEDYCZNE**

Wykonawca oświadcza, że do realizacji zamówienia wyznacza nw. placówki świadczące usługi medyczne:

| **Lp.** | **Województwo** | **Nazwa podmiotu** |
| --- | --- | --- |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |
| **11** |  |  |
| **12** |  |  |
| **13** |  |  |
| **14** |  |  |
| **15** |  |  |
| **16** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………….. | ……………………… | ……………………………………………….. |
| *( miejscowość)* | *(data)* | *(podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)* |

W celu wykazania spełniania kryteriów oceny ofert, o których mowa w pkt 7. ppkt. 2.2. Zapytania ofertowego

Wykonawca załącza do oferty na :

***„*Świadczenie przez wykonawcę usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Centrum e-Zdrowia*”***

znak sprawy: **WRZ.270.291.2023**

**DODATKOWY WYKAZ PLACÓWEK ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI MEDYCZNE**

Wykonawca oświadcza, że do realizacji zamówienia wyznacza nw. placówki świadczące usługi medyczne:

| **Lp.** | **Województwo** | **Nazwa podmiotu** |
| --- | --- | --- |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **….** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………….. | ……………………… | ……………………………………………….. |
| *( miejscowość)* | *(data)* | *(podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)* |