**ZAŁĄCZNIK NR 8 DO SIWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć Wykonawcy | **WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH**  |

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego pn: ŚWIADCZENIE USŁUG W ZAKRESIE OPIEKI MEDYCZNEJ DLA PRACOWNIKÓW/ WPÓŁPRACOWNIKÓW ZOO WROCŁAW SP. Z O.O. ORAZ CZŁONKÓW
I ICH RODZIN – 15/PN/U/2017, ogłoszonym w Biuletynie Zamówień Publicznych, na stronie internetowej Zamawiającego [www.zoo.wroclaw.bip-e.pl](http://www.zoo.wroclaw.bip-e.pl) i w siedzibie Zamawiającego oświadczam(y), że na dzień składania ofert dysponujemy niżej wymienionymi placówkami medycznym :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa placówki medycznej**  | **ADRES** | **UWAGI** |
|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

………………………………… dn. …………………………………. …………………………………….……………...

 Czytelny podpis lub podpis i pieczęć imienna

 osoby (osób) upoważnionej (-nych)

 do reprezentowania Wykonawcy