**ZAŁĄCZNIK NR 8 DO OGŁOSZENIA O ZAMÓWIENIU**

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

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego pn: ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI MEDYCZNEJ DLA PRACOWNIKÓW/ WPÓŁPRACOWNIKÓW ZOO WROCŁAW SP. Z O.O. ORAZ CZŁONKÓW
I ICH RODZIN – 11/ZS/U/2019 na stronie internetowej Zamawiającego www.zoo.wroclaw.bip-e.pl oraz 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