* + - 1. **LICZBA PLACÓWEK MEDYCZNYCH WYKONAWCY**

**Dotyczy:** Postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **świadczenie usług medycznych dla pracowników FRSE i ich rodzin** numer postępowania:
**ZP-40/FRSE/2013**, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego.

Wykaz narzędzi, wyposażenia zakładu i urządzeń technicznych dostępnych wykonawcy usług lub w celu realizacji zamówienia wraz z informacja o podstawie dysponowania tymi zasobami.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Placówki medyczne Wykonawcy** | **Liczba placówek** |
| **1.** | Liczba własnych placówek na terenie m. st. Warszawy wyposażonych w elektroniczny system obsługi dokumentacji pacjenta oraz rejestracji wizyt lekarskich |  |
| **2.** | Łączna liczba placówek będących w dyspozycji Wykonawcy na terenie kraju (razem z własnymi) |  |

***Uwaga****:*

1. *Placówka – za pojedynczą placówkę, Zamawiający uzna taką, w której są przyjmowani
i obsługiwani pacjenci;*

Miejscowość ……….......………….., dnia ………................. ...............................................................

 *(podpis)*