* + - 1. **WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH W WARSZAWIE
			( zgodnie z pkt. 8.2.5.2 SIWZ)**

**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.** | **Nazwa placówki****medycznej** | **Adres** | **Telefon kontaktowy** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

 *(podpis)*