# ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OGŁOSZENIA

*................................................*

*Nazwa lub pieczęć Wykonawcy*

# LISTA CENTRÓW MEDYCZNYCH

**Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz dodatkowych usług medycznych dla pracowników i współpracowników Instytutu Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN oraz ich rodzin w formie pakietów w okresie od dnia 1.04.2021r. do dnia 31.03.2023 r.**

oświadczam(y), że w przypadku , że w wyboru naszej oferty usługi medyczne będą świadczone w:

……………………. (liczba) centrach medycznych w Warszawie

……………………. (liczba) centrach medycznych w Mikołajkach

Poprzez centrum medyczne należy rozumieć placówkę medyczną własną lub partnerską świadczącą usługi medyczne z różnych specjalności (jako odrębne centra medyczne nie są brane pod uwagę placówki, które prowadzą tylko usługi w zakresie jednej specjalności np.: stomatolog, optyk, laboratorium, psychiatra. Nie są brane pod uwagę również placówki z danej sieci, które nie świadczą usług medycznych – np. apteki)

1 -Lista centrów medycznych w Warszawie

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres centrum medycznego |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

2 Lista centrów medycznych w Mikołajkach lub w odległości do 30 km od Mikołajek

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres centrum medycznego |
| 1. |  |

*W tabelach należy wstawić wiersze tak, aby odpowiadały one liczbie oferowanych centrów medycznych*

..........................................................................

*Data i czytelny podpis lub podpis z pieczątką imienną osoby (osób) upoważnionej (upoważnionych) do reprezentowania Wykonawcy*