# Nazwa i adres Wykonawcy:

……………………………………………………………………………….…………………

…………………………………………………………………………………………………

Przystępując do udziału w przetargu publicznym na **Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy wraz z pakietami medycznymi dla pracowników Gminy Miasto Marki**, oświadczam, jako upoważniony reprezentant Wykonawcy, że dysponujemy placówkami medycznymi oraz elektronicznym systemem obsługi pacjenta o parametrach określonych w Specyfikacji przetargowej, których zestawienie przedstawiamy poniżej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Placówka medyczna (nazwa, adres) | Opis | Podstawa dysponowania |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| System obsługi pacjenta (nazwa, opis) | Podstawa dysponowania |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| System systemem rejestracji wizyt lekarskich (nazwa, opis) | Podstawa dysponowania |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

*Wykonawca*