Załącznik nr 4 do SWZ

……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………..

nazwa i adres Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE**

**składane na potwierdzenie spełniania warunku określonego w Rozdz. V ust. 1.2, lit. a/b SWZ**

**w postępowaniu pn.**

**„Świadczenie usług opieki medycznej dla pracowników i doktorantów Instytutu Fizyki PAN oraz członków ich rodzin, z podziałem na dwie części”**

**nr ref.:** **DZP/ZP/2/IFPAN/2024/JTD**

*Uwaga! Wykonawca wypełnia i podpisuje oświadczenie dla części postępowania, w zakresie której składa ofertę. W przypadku, gdy Wykonawca składa oświadczenie dla dwóch części postępowania, Wykonawca składa jeden podpis na końcu dokumentu.*

Oświadczamy, **że w zakresie części 1 postępowania** Usługi Medycyny Pracy oferowane będą w następującej liczbie placówek medycznych własnych i partnerskich Wykonawcy:

1. Liczba placówek medycznych Wykonawcy (własnych i placówek partnerskich) świadczących Usługi Medycyny Pracy na terenie m.st. Warszawy **wynosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. Liczba placówek medycznych Wykonawcy (własnych i placówek partnerskich) świadczących Usługi Medycyny Pracy na terenie obszaru administracyjnego dzielnicy Mokotów m.st Warszawy **wynosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Poniżej lista placówek medycznych Usług Medycyny Pracy /W załączeniu lista placówek medycznych Usług Medycyny Pracy[[1]](#footnote-1):

Wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione  
z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Oświadczamy, że w zakresie części 2 postępowania** Usługi medyczne oferowane będą w następującej liczbie placówek medycznych własnych i partnerskich Wykonawcy:

**1)** Liczba placówek medycznych Wykonawcy (placówek własnych i placówek partnerskich) świadczących Usługi medyczne, dostępnych dla osób Uprawnionych na terenie Polski **wynosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Poniżej lista placówek medycznych Usług medycznych /W załączeniu lista placówek medycznych Usługi medycznych [[2]](#footnote-2) :

Wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione  
z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)