



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital  
bez bólu



Załącznik nr 1a

Dnia .....

FORMULARZ wniosku o dopuszczenie do udziału w postępowaniu EF 20/2017 z dnia .....01.2017 r.

Wykonawca: .....

tel .....

fax .....

NIP .....

REGON .....

Składając wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu prowadzonym w na udzielenie i obsługa kredytu/pożyczki w wysokości do 55 755 125,45 zł na okres 15 lat oraz prowadzenie rachunku bankowego wraz z uruchomieniem linii kredytowej

1. Posiadamy uprawnienia, wymagane ustawami, do wykonywania działalności i czynności w zakresie przedmiotu niniejszego zamówienia.
2. Posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
3. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
4. Wskazujemy placówkę banku do obsługi z siedzibą przy ul. .... w Szczecinie znajdującą się o ..... km od siedziby Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego przy ul. Arkońskiej 4 w Szczecinie .
5. Udzieliliśmy w ostatnich trzech latach przynajmniej jednego kredytu/ pożyczki o wartości równej lub powyżej 10.000.000,00 zł dla podmiotu sektora finansów publicznych - ..... (Nazwa i adres podmiotu oraz kwota kredytu/pożyczki w zł)

dnia ..... .2017 r.

.....  
czytelny podpis Wykonawcy  
lub podpis wykonawcy opatrzony  
imienną pieczęcią



Dyrektor  
SPWSZ  
(91) 813 9010

z-ca Dyrektora  
ds. Ekon. – Adm.  
(91) 813 9010

z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(91) 813 9010

Pielęgniarka  
Naczelna  
(91) 813 9016

Główny  
Księgowy  
(91) 813 9015