

Załącznik nr 6.1 do SWZ
Nr wew. postępowania 9/23

Zamawiający:
Komenda Wojewódzka Policji
z siedzibą w Radomiu
ul. 11 Listopada 37/59
26-600 Radom

Wykonawca¹:

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:
NIP, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

OŚWIADCZENIE

(dla zadania od nr 1 do nr 14)

(dotyczy kryteriów wyboru nr 2 i nr 3)

w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy

.....

.....

oświadczam, że:

1. **dysponuję/nie dysponuję** gabinetem lekarza medycyny pracy, w którym byłaby możliwość obsługi policjantów i pracowników Policji poza kolejnością pięć dni w tygodniu;
2. policjanci/pracownicy **będą/nie będą** obsługiwani przez lekarzy specjalistów poza kolejnością.

/właściwe podkreślić/

Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym. Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.

¹ należy wypełnić