**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Nr wew. postępowania 37/23**

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

**Wykonawca[[1]](#footnote-1):**

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

**reprezentowany przez:**

..............................................................................  
..............................................................................  
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE**

(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 [↑](#footnote-ref-1)