

Załącznik nr 6.1 do SWZ

Nr wew. postępowania 63/22

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

Wykonawca:

.....
.....

(pełna nazwa/firma, adres,
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,
KRS/CEIDG

reprezentowany przez:

.....
.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

OŚWIADCZENIE (dla zadania od nr 1 do nr 9)

(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/