**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/*