

Załącznik nr 6 do SWZ
Nr wew. postępowania 19/25

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

(dotyczy kryteriów wyboru nr 2 i nr 3)

w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy

.....
.....

oświadczam, że:

1. **dysonuję/nie dysponuję** osobą wyznaczoną do umawiania i koordynowania wizyt lekarzy specjalistów (umawianie na wizyty lekarskie, szczepienia);
2. policjanci/pracownicy Policji **będą/nie będą** obsługiwani przez lekarza medycy pracy i 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