**Załącznik nr 6.2 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 10 do nr 21)**

(dotyczy kryteriów wyboru nr 2)

w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

oświadczam, że:

policjanci/pracownicy **będą/nie będą** obsługiwani przez lekarzy specjalistów poza kolejnością.

*/właściwe podkreślić/*