**Oświadczenie Wykonawcy**

Podmiotowy środek dowodowy dotyczący zdolności technicznej lub zawodowej, składany na wezwanie Zamawiającego.

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Usługi ochrony zdrowia dla funkcjonariuszy i pracowników Policji województwa świętokrzyskiego”***,* oświadczam, że:

* przedmiot umowy realizowany będzie przez lekarzy, pielęgniarki, psychologów posiadających wymagane kwalifikacje zawodowe;
* lekarze przeprowadzający badania profilaktyczne funkcjonariuszy i pracowników są wpisani w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy do rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne;
* posiadam miejsce, w którym znajduje się pomieszczenie do przeprowadzania badań oraz szczepień, spełniające warunki określone w aktualnie obowiązujących przepisach w tym zakresie (wraz ze wskazaniem dokładnego adresu); …………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………