

Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w
Rybniku
44-200 Rybnik, ul. Energetyków 46

Telefon: +48 /32 42 91 226,
+48 /32 42 91 287, +48 /32 42 91 288
Fax: +48 /32 42 91 225

<http://www.szpital.rybnik.pl>

Nazwa (firma) wykonawcy: <i>Uwaga: w przypadku osób fizycznych należy podać także: Imię i nazwisko wykonawcy: PESEL i NIP wykonawcy: Adres zamieszkania wykonawcy:</i>
Adres siedziby wykonawcy (kod, miasto, ulica):
Numer NIP i REGON wykonawcy:
Numer telefonu i faksu:
<u>reprezentowany przez: (imie nazwisko, stanowisko, podstawa do reprezentacji)</u>

OŚWIADCZAM(Y), ŻE:

- a) dysponujemy kuchnią zastępczą na dzień składania ofert w odległości od Zamawiającego umożliwiającej przygotowywanie i dostarczanie posiłków w warunkach zgodnych z wymaganiami Zamawiającego. Na potwierdzenie, dysponowania kuchnią zastępczą, podajemy jej adres:oraz formę prawną (akt własności, umowa dzierżawy):

Oświadczamy, że kuchnia zastępcza spełnia stosowne wymagania tj. posiada wdrożony system ISO 22000 lub równoważny.

- b) nie dysponujemy kuchnią zastępczą.

Osoba(y) składająca(e) oświadczenie świadoma(e) jest(są) odpowiedzialności karnej wynikającej, z art. 297 § 1 i 2 Kodeksu Karnego.

....., dnia r.
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**niepotrzebne skreślić*