

Znak sprawy: DPS.AG.3411.281.2017

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY
o posiadaniu systemu zdrowej żywności HACCAP**

Zamawiający
Dom Pomocy Społecznej „Etola”
Ruda Pilczycka 57, 26-234 Słupia

Wykonawca:

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczam, że posiadam system zdrowej żywności HACCAP.

..... (miejscowość), dnia r.

.....

(podpis)