**Załącznik nr 3 do SIWZ**

|  |
| --- |
| **Znak sprawy: DPS - DAG/ZP/Ż/2016** |

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

**Zamawiający**

**Dom Pomocy Społecznej nr 1 w Krośnie**

**ul. Żwirki i Wigury 4a, 38 – 400 Krosno**

**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)