

Nazwa i adres Wykonawcy:

Nazwa:

.....

Adres:

.....

NIP:REGON:

tel./ fax:

e-mail:

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Oświadczam/my, iż zgodnie z Zarządzeniem nr 17/2024 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Inowrocławiu z dnia 28.10.2024 roku zapoznałem/my/* się z regulaminem wewnętrznym dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa, podejmowania działań następnych oraz ochrony osób dokonujących zgłoszenia w Domu Pomocy Społecznej w Inowrocławiu.

Oświadczam/my, że poinformowałem/liśmy każdą osobę wykonującą pracę u Wykonawcy, związaną działaniami poprzedzającymi zawarcie umowy lub wykonaniem zamówienia dla Domu Pomocy Społecznej w Inowrocławiu o funkcjonującym regulaminie wewnętrznym dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa, podejmowania działań następnych oraz ochrony osób dokonujących zgłoszenia w Domu Pomocy Społecznej w Inowrocławiu.

.....

podpis osoby /

osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

* (niepotrzebne skreślić)