

.....  
(Pieczęć wykonawcy)

### **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Nazwa i adres Wykonawcy:

Nazwa:

.....

Adres:

.....

NIP: .....REGON: .....

tel./ fax: .....

e-mail: .....

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.

Jako uprawniony przedstawiciel wykonawcy oświadczam, że podmiot, który reprezentuję:

- spełnia wymagania określone przepisami ustawy z dnia 25.08.2006r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia ( Dz.U. nr 136 poz. 914) w zakresie wdrożenia i stosowania zasad systemu analizy zagrożeń krytycznych punktów kontroli (HACCP)
- posiada dokumentację potwierdzającą stosowanie w/w systemu.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć wykonawcy lub osoby upoważnionej)