Załącznik nr 10 do SWZ

MCPS-WZU/KBCH/351-17/2024 TP/U/S

Imię i nazwisko i/lub nazwa (firmy) Wykonawcy /Wykonawców występujących wspólnie:

Adres Wykonawcy:

NIP

REGON

**Oświadczenie Wykonawcy w celu zdobycia dodatkowych pkt w kryterium nr 3 „Zapewnienie cateringu przez podmiot ekonomii społecznej”**

Oświadczam/y, że na potrzeby realizacji zamówienia w celu zdobycia dodatkowych punktów w kryterium nr 3 do przygotowania cateringu zaangażujemy podmiot ekonomii społecznej z województwa mazowieckiego.

TAK/NIE[[1]](#footnote-1)

Jaki[[2]](#footnote-2):

**(miejscowość, data)**

*Podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym  
przez osobę upoważnioną / osoby upoważnione  
do reprezentowania podmiotu trzeciego*

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wskazać nazwę oraz adres podmiotu [↑](#footnote-ref-2)