*Załącznik nr 2 do SWZ*

*ZP/12/2023*

**Wykonawca: Zamawiający:**

…………………………………………… 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ

…………………………………………… 45-759 Opole, ul. Wróblewskiego 46

……………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Realizacja programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach - „Dobry posiłek w szpitalu”, nr postępowania ZP/12/2023,** prowadzonego przez 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Opolu*,* oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że dostarczane posiłki będą zgodne z przykładowymi jadłospisami oraz wymaganiami jakościowymi i ilościowymi, wraz z uwzględnieniem korekt dietetyka, stanowiącymi załączniki nr 6 do SWZ.

Oświadczam, że dostarczane posiłki będą spełniały deklarowaną zawartość kaloryczną i wagę składników.

Oświadczam, że dostarczane posiłki będą zgodne z ustawą o bezpieczeństwie żywności i żywienia z dnia 25 sierpnia 2006 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 1448 ze zm.), Zasadami Dobrej Praktyki Higienicznej i Dobrej Praktyki Produkcyjnej (GHP,GMP) oraz zgodnie z procedurami systemu Analizy Ryzyka i Kontroli Punktów Krytycznych (HACCP) lub zasadami Dobrej Praktyki Higienicznej GHP w systemie zintegrowanym normy ISO 9001:2015.

…………..…, dnia ………….………

…............................................

podpis osoby/osób uprawnionych   
 do reprezentacji Wykonawcy

lub pełnomocnika1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 kwalifikowany podpis elektronicznylub podpis zaufany lub podpis osobisty