**Załącznik nr 3**

|  |
| --- |
| **Znak sprawy:** |

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

**Odbiorca**

**Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy**

**ul. Paderewskiego 6, 59-400 Jawor**

**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)