*Załącznik nr 4 do SWZ*

*ZP/08/2023*

**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. **Catering – przygotowanie oraz dostarczanie całodziennego wyżywienia pacjentów, nr postępowania ZP/08/2023,** 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 10 do SWZ.

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

Oświadczam, że dostarczane posiłki będą zgodne z zaleceniami opracowanymi przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie, Systemem HACCP oraz bilansowane zgodnie z zaleceniami opisanymi w następujących publikacjach: "Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie" M. Jarosza, E. Rychlik, K. Stoś, J. Charzewskiej wyd. NIZP-PZH 2020 r., "Żywienie człowieka zdrowego i chorego" Jana Hasika, Jana Gawęckiego.”

…………..…, dnia ………….………

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

podpis osoby/osób uprawnionych   
 do reprezentacji Wykonawcy

lub pełnomocnika1

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

1 kwalifikowany podpis elektroniczny