# ***Załącznik nr 5 do SWZ***

***OŚWIADCZENIE***

***DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA***

W związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Świadczenie usługi codziennego, całodobowego żywieniapacjentów ZZOZ w Wadowicach",prowadzonego przez Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach, ul. Karmelicka 5; 34-100 Wadowice, działając w imieniu Wykonawcy:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*( podać nazwę i adres Wykonawcy)*

**I. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY dotyczące lokalizacji kuchni**

Oświadczam, że przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usługi codziennego, całodobowego żywienia Pacjentów (dorośli i dzieci), dysponuję kuchnią , w którym będzie wytwarzana żywność dla Zamawiającego przez cały czas trwania umowy, tj.:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………..………………………………………………

Podpis(y) osób(y) upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

**II. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY - WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usługi codziennego, całodobowego żywienia Pacjentów (dorośli i dzieci), oświadczam, że dysponuję środkami transportu niżej wymienionymi, którymi będzie realizowane zamówienie. Jednocześnie zobowiązuję się do informowania Zamawiającego w trakcie realizacji o ewentualnie zaistniałych zmianach dotyczących środków transportu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Marka /Model** | **Rok produkcji** | **Nr rejestracyjny pojazdu** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

…………………..…………………………………………………

Podpis(y) osób(y) upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

**III. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY dotyczące HACCP**

Oświadczam, że przystępując do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usługi codziennego, całodobowego żywienia pacjentów ( dorośli i dzieci), stosujemy i posiadamy Certyfikaty Systemu Zarzadzania Jakością ISO 9001:2015 oraz 22 000.

…………………………………………………………………

Podpis(y) osób(y) upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

**IV. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY w sprawie osób wykonujących zamówienie**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usługi codziennego, całodobowego żywienia Pacjentów (dorośli i dzieci), oświadczam, że zamówienie będę realizował przez:

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenia usługi, tj. dietetyka, kucharza, osób odpowiedzialnych za kontrolę jakości, realizację dostawy, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnego dla wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacje do dysponowania tymi osobami. Jednocześnie w trakcie realizacji zamówienia zobowiązuję się informować o ewentualnych zmianach w składzie osób realizujących przedmiot zamówienia.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko**  **Określenie zakresu prac** | **Kwalifikacje** | **Doświadczenie zawodowe** | **Wykształcenie** | **Podstawa dysponowania** |
| 1. | Dietetyk |  |  |  |  |
| 2. | Kucharz |  |  |  |  |
| 3. | Osoba odpowiedzialna za realizację jakości |  |  |  |  |
| 4. | Osoba odpowiedzialna za realizację dostawy |  |  |  |  |
| 5. | Osoba odpowiedzialna za realizację umowy po stronie Wykonawcy wraz z podaniem **nr telefonu i adresu e-mail** |  |  |  |  |
| 6. | **Nr telefonu**  /adresy e-mail potrzebne do realizacji dodatkowego zapotrzebowania pomiędzy komórkami organizacyjnymi szpitala Zamawiającego a Wykonawcą |  | | | |
| 7. | Nr tel. kierowcy obsługującego dowóz posiłków do szpitala |  | | | |

**UWAGA: W zależności od ilości wskazanych osób powiększyć ilość pozycji w tabeli.**

………………………………………………………………

Podpis(y) osób(y) upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

**V. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY dotyczące atestów i certyfikatów**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usługi codziennego, całodobowego żywienia Pacjentów (dorośli i dzieci), oświadczam, że posiadam atest lub certyfikat  
( wystawiany przez niezależną jednostkę certyfikującą ) potwierdzający, że używane naczynia/pojemniki itp. do przewozu żywienia posiadają świadectwa dopuszczenia do kontaktu z żywnością. Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuję się w trakcie realizacji zamówienia posługiwać się wyłącznie pojemnikami posiadającymi ww. atesty lub certyfikaty. Ponadto na żądanie Zamawiającego zobowiązuje się,  
że w każdej chwili dostarczyć atesty lub certyfikaty.

…………….……………………………………………………

Podpis(y) osób(y) upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

**VI. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usługi codziennego, całodobowego żywienia Pacjentów (dorośli i dzieci), oświadczam, że zobowiązuje się do systematycznego szkolenia personelu realizujący przedmiot umowy w celu zapewnienia stałej w okresie realizacji umowy zgodności pracy z żywnością z wymogami prawa krajowego dotyczącymi obowiązujących programów szkoleniowych. Na żądanie Zamawiającego zobowiązuję się dostarczyć wymienione dokumenty.

……………….…………………………….…………………

Podpis(y) osób(y) upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy