

Znak sprawy: SE.26.1.2017

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

**Zamawiający  
Pałac Młodzieży w Warszawie  
Pl. Defilad 1, 00-901 Warszawa**

**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.

..... dnia.....

.....  
*(Czytelny podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela/i)*