****

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1** **W BEŁŻYCACH**

24-200 Bełżyce, ul. Przemysłowa 44

**NIP:** 713-28-46-648, **Regon:** 432710721, **Numer KRS:** 0000208113

Bank Spółdzielczy w Nałęczowie, Filia w Bełżycach 96 8733 0009 0015 3113 2000 0010

**Załącznik nr 8 do SWZ**

.................................................

*Dane wykonawcy   
(siedziba, adres, NIP)*

***Oświadczenie***

***O DYSPONOWANIU KUCHNIĄ/ MIEJSCEM DO PRODUKCJI POSIŁKÓW***

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznegona :**„Świadczenie usług w zakresie żywienia pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Powiatowym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach”**

w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy

***oświadczamy, że:***

na potrzeby przedmiotowego postępowania dysponujemy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Określenie kuchni – miejsca produkcji posiłków** | **Adres z podaniem odległości w kilometrach** *odległość kuchni od Szpitala (adres: ul. Lubelska 90, 24-200 Bełżyce).***\*** | **Podstawa do dysponowania kuchnią** |
|
| 1 | 2 | 3 |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_ \_\_\_\_ 2023 roku

*Podpis elektroniczny osoby (osób)*

*upoważnionych do reprezentowania*

\**Wykonawca dołączy do oferty zdjęcie trasy z mapy, odległość kuchni od Szpitala (adres: ul. Lubelska 90, 24-200 Bełżyce).*