

Załącznik nrdo umowy nr

Odbiorca:

Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie
ul. Niepodległości 44
10-045 Olsztyn

Wykonawca:

.....
.....

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

Przedstawiciel Wykonawcy:

.....
.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:

Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z: „Instrukcją dla firm wykonujących prace na rzecz Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie dotyczącą wymagań BHP, p.poż i ochrony środowiska” oraz „Polityką Zintegrowanego Systemu Zarządzania” oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania podczas realizacji przedmiotowej umowy.

.....

(miejsowość, data)