**Nazwa i adres Wykonawcy:**

Nazwa: ......................................................................................................................................................

Adres: ........................................................................................................................................................

NIP: ..................................................................REGON:...........................................................................

tel./ fax: ....................................................................................................................................................

e-mail: .......................................................................................................................................................

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Oświadczam/my, iż zgodnie z Zarządzeniem nr 20/2024 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej   
w Warzynie z dnia 18 września 2024 roku zapoznałem/my/\* się z Wewnętrznym regulaminem dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych oraz ochrony sygnalisty w Domu Pomocy Społecznej w Warzynie, dostępnym pod adresem: <https://warzyn.pl/category/bip/>.

Oświadczam/my, że poinformowałem/liśmy każdą osobę wykonującą pracę u wykonawcy, związaną działaniami poprzedzającymi zawarcie umowy lub wykonaniem zamówienia dla Domu Pomocy Społecznej w Warzynie o funkcjonującym Wewnętrznym regulaminie dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych oraz ochrony sygnalisty w Domu Pomocy Społecznej w Warzynie.

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

podpis osoby/osób uprawnionych do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy