

**Załącznik nr 7 do Zapytania ofertowego nr 1/2020/COVID-19**

Dane Wykonawcy:

.....

Adres Wykonawcy:

.....

Tel. kontaktowy:

.....

E-mail:

.....

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA KRYTERIUM KLAUZUL SPOŁECZNYCH**

a) oświadczam, że jestem : zakładem pracy chronionej lub innym wykonawcą , którego działalność lub działalność wyodrębnionych organizacyjnie jednostek , które będą realizowały zamówienie , obejmuje społeczną i zawodową integrację osób będących członkami grup społecznych marginalizowanych , w szczególności osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. , o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( Dz. U. z 2020 poz.426 ).

Wykonawca spełni powyższy warunek , jeżeli wykaże , że ponad 60% zatrudnionych u niego pracowników stanowią osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. , o rehabilitacji zawodowej i ,społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( Dz. U. z 2020 poz.426 )

b) oświadczam, że zatrudniam łącznie ..... osób, w tym ..... osób niepełnosprawnych z orzeczeniem znacznego stopnia niepełnosprawności.

c) oświadczam , iż prowadzę program, który obejmuje społeczną i zawodową integrację osób będących członkami grup społecznie marginalizowanych , w szczególności osób niepełnosprawnych,

c) oświadczam, że wszystkie informacje podane w oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzania Zamawiającego w błąd przy podawaniu informacji.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis i pieczęć Wykonawcy