

Załącznik nr 4

Do zapytania ofertowego ZAP/02 z dnia 25.09.2018r.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć Oferenta)

### **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA KRYTERIUM KLAUZUL SPOŁECZNYCH**

a) Oświadczam, że jestem: zakładem pracy chronionej lub innym wykonawcą, którego działalność, lub działalność moich wyodrębnionych organizacyjnie jednostek, które będą realizowały zamówienie, obejmuje społeczną i zawodową integrację osób będących członkami grup społecznie 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 2001 r., poz. 721 z póź. zm.)

Wykonawca spełni powyższy warunek, jeśli 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 2001 r., poz. 721 z póź. zm.)

b) Oświadczam, iż zatrudniam łącznie ..... osób w tym ..... osób niepełnosprawnych.

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

d) 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.

.....  
data i podpis Oferenta