|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE - KLAUZULA SPOŁECZNA** |

**Zamawiający: Gmina Wisznice**

**ul. Rynek 35**

**21-580 Wisznice**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………..………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………..…..……………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia pn.

**Świadczenie usługi wyżywienia dla uczestników rajdów rowerowych w ramach projektu „Usługi społeczne w Gminie Wisznice”**.

Znak sprawy: **FE.271.6.2020.PR**

prowadzonego przez Gminę Wisznice, oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam/nie spełniam\* warunki klauzuli społecznej zawarte w oświadczeniu.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

\* nie potrzebne skreślić – w przypadku spełnienia warunków klauzuli społecznej należy uzupełnić poniższe dane.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIANIA 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 póż. 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 póż. zm.) b) Oświadczam, iż 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.

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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*