***Załącznik nr 6 do SWZ***

 **OŚWIADCZENIE**

## W imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy

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

Nazwa składającego ofertę adres ulica telefon/mail

oświadczam, że decyzją ........................................................................ posiadam status Zakładu Pracy Chronionej i zgodnie ze złożoną ofertą aktualny na dzień złożenia oferty

wskaźnik obniżenia opłat na PFRON (rozumiany jako procentowa wysokość obniżenia wpłat na PFRON określona w art. 22 ust. 1 Ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych) (Dz.U. z 2021 r. poz. 159) w przypadku Zleceniobiorcy wynosi **…….…. %**.

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

 *elektroniczny podpis osoby /osób/ uprawnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

..........................................., dnia ....................................