### Załącznik nr 8 do SWZ

**Znak postępowania: AO-271-6/24**

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

……………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres)

……………………………………………

**Oświadczenie Wykonawcy**

Działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy oświadczam, że:

1. procentowy wskaźnik zatrudnienia u Wykonawcy osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.), jest nie mniejszy niż 30% ogółu zatrudnionych u Wykonawcy lub w jego jednostce, która będzie realizowała zamówienie;

W tym celu przedstawiam poniższą tabelę ilustrującą aktualny stan zatrudnienia osób niepełnosprawnych u Wykonawcy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis** | **Liczba pracowników niepełnosprawnych ogółem** | **Ogół liczby wszystkich pracowników** |
| **1.** | Liczba pracowników niepełnosprawnych | […] | […] |
| **2.** | Procentowy wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych | […]% | - |

1. do niniejszego oświadczenia dołączam informację miesięczną o zatrudnieniu, kształceniu osób niepełnosprawnych lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, składaną regularnie do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), zgodnie z obowiązującymi przepisami;

…………………………………………

*(kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/ podpis zaufany)*