numer: DPS.KA.212.9.2024 Załącznik nr 9 do SWZ

......................... dnia …. r.

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

Pieczątka Wykonawcy

**Dom Pomocy Społecznej**

**im. Jana Pawła II w Szczutowie**

**ul. 3 Maja 116**

**Oświadczenie**

Na potrzeby postepowania, znak: DPS.KA.212.9.2024 o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **„****Świadczenie usługi całodziennego żywienia mieszkańców Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Szczutowie wraz** **z dzierżawą kompleksu kuchennego i wyposażenia”,** prowadzonego przez Dom Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Szczutowie ul. 3 Maja 116, 09-227 Szczutowo, oświadczam, co następuje:

**Oświadczam, że:**

zatrudnię przy realizacji zamówienia w pełnym wymiarze czasu pracy określonym przepisami prawa pracy osobę niepełnosprawną 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 ze zm.) lub równoważną definicją obowiązują we właściwych przepisach państw członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

………………………………………….

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania*

*oświadczeń woli w imieniu podmiotu*

*udostępniającego zasoby)*

**Uwaga!**

1. **Należy opatrzyć podpisem kwalifikowanym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**
2. **Niewypełnienie powyższego oświadczenia będzie skutkowało przyjęciem oświadczenia o niezatrudnieniu osoby niepełnosprawnej na umowę o pracę.**