Załącznik Nr 2 do SWZ

**Nr sprawy: ZP.271.5.2024**

**ZESTAWIENIE DANYCH WYKONAWCY**

**DLA OBLICZENIA ULGI (A)**

**WYNIKAJĄCEJ Z USTAWY O REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ ORAZ ZATRUDNIENIU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**(t.j. Dz. U. z 2024r. poz 44 z późn. zm.)**

**za okres styczeń – wrzesień 2024 roku**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp**. | **Wyszczególnienie** | **Zestawienie danych** |
| 1 | Średniomiesięczna suma wynagrodzeń osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym lub umiarkowanym  ( bez ZUS) |  |
| 2 | Średniomiesięczne zatrudnienie osób niepełnosprawnych ogółem  w przeliczeniu na pełne etaty |  |
| 3 | Średniomiesięczne zatrudnienie wszystkich pracowników (zdrowych i niepełnosprawnych) w przeliczeniu na pełne etaty |  |
| 4 | Przychody ze sprzedaży na rzecz zamawiającego |  |
| 5 | Średniomiesięczne przychody ze sprzedaży ogółem  ( bez handlu) |  |

1.ULGA WYNIKAJĄCEJ Z USTAWY O REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ ORAZ ZATRUDNIENIU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (Dz. U. z 2024 r. po. 44, z późn. zm.)

dla Wykonawcy wynosi średnio na miesiąc ……………………………………zł/ m-c

Uwaga !

Wszystkie dane liczbowe dotyczą okresu styczeń-wrzesień 2024r.

**2.ULGA (A) GWARANTOWANA NA OKRES REALIZACJI ZAMÓWIENIA WYNOSI**

**…............................. zł/ m-c ( max. 7.200,00 zł/m-c) x 12 m-cy = …...................................... zł.**

**(Wstawić do Formularza ofertowego załącznik nr 1)**

**W pkt.2 należy określić minimalną miesięczną ulgę Wykonawcy, która będzie gwarantowana przez cały okres realizacji zamówienia.**

**Wykonawca zapłaci karę umowną, w przypadku przekazania ulgi niższej za dany miesiąc niż ulga gwarantowana, w wysokości brakującej różnicy kwoty ulgi.**

**Data ……………………...**

**Podpis elektroniczny lub podpis zaufany albo podpis osobisty w postaci elektronicznej**