Załącznik nr 7 do SWZ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nazwa i adres Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WYMOGU**

**OKREŚLONEGO W ART. 94 USTAWY PZP**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„****Świadczenie usługi cateringowej w zakresie zapewnienia posiłków dla placówek oświatowych i osób dorosłych w miejscowości Zbuczyn” nr ZP.271.53.2025**, prowadzonego przez Gminę Zbuczyn, oświadczam, co następuje:

Ja, niżej podpisany……………………………………………………oświadczam, że:

(Imię i nazwisko upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

1. Podmiot, który reprezentuje spełnia / nie spełnia \* warunki zamówienia określone przez Zamawiającego dotyczące zastrzeżenia, na podstawie art. 94 ust. 1 i 2 ustawy PZP.
2. Podmiot, który reprezentuje:
3. posiada status zakładu pracy chronionej\*

Jeśli TAK, proszę wpisać datę wydania decyzji: ……………………………………………………

nazwę i adres Urzędu nadającego status: ……………………………………………………………

1. jest spółdzielnią socjalną\*:

Jeśli TAK, proszę wpisać datę wydania decyzji: ………………………………………………………….

nazwę i adres Urzędu nadającego status: ………………………………………………….……………..

1. jest innym podmiotem, którego głównym celem działalności i ich wyodrębnionych organizacyjnie jednostek, które będą realizowały zamówienie, jest społeczna i zawodowa integracja osób, w szczególności\*:
2. osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 100 z późn. zm.),
3. bezrobotnych w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 735, 1737),
4. osób poszukujących pracy, niepozostających w zatrudnieniu lub niewykonujących innej pracy zarobkowej, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 735, 1737),
5. osób usamodzielnianych, o których mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej t.j. (Dz. U. z 2023 r. poz. 1429, 1426),
6. osób pozbawionych wolności lub zwalnianych z zakładów karnych, o których mowa w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 127 ze zm.), mających trudności w integracji ze środowiskiem,
7. osób z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2123 ze zm.),
8. osób bezdomnych w rozumieniu ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 901, 1693 i 1938),
9. osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, o których mowa w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz.1504),
10. osób do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia, posiadających status osoby poszukującej pracy, bez zatrudnienia,
11. osób będących członkami mniejszości znajdującej się w niekorzystnej sytuacji, w szczególności będących członkami mniejszości narodowych i etnicznych w rozumieniu ustawy z dnia 6 stycznia 2005 r. o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz o języku regionalnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 823)

‒ pod warunkiem, że procentowy wskaźnik zatrudnienia osób należących do jednej lub więcej kategorii, o których mowa w pkt 1–10, jest nie mniejszy niż 30% osób zatrudnionych u wykonawcy albo w jego jednostce, która będzie realizowała zamówienie

Jeśli TAK, proszę wpisać, które z powyższych punktów spełnia reprezentowany podmiot:

………………………………………………………………………………………………

datę wydania decyzji: ………………………………………………………………………

nazwę i adres Urzędu nadającego status:………………………………………….……….

1. Oświadczam, iż jestem świadom/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 Kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych oświadczeń.

………………., data …………………… ………………………

Podpis Wykonawcy