# Załącznik nr 10 do SWZ

## **WYKAZ PRACOWNIKÓW ZALICZANYCH DO KATEGORII OSÓB MARGINALIZOWANYCH (ART. 94 PZP)**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………….

Poniżej przedstawiamy wykaz pracowników zatrudnionych u Wykonawcy lub w jego wyodrębnionej jednostce organizacyjnej, którzy należą do grup określonych w art. 94 ust. 1 Pzp.

| Nr | Imię i nazwisko | Forma zatrudnienia (umowa o pracę / zlecenie, itp.) | Kategoria osoby marginalizowanej (wskazać zgodnie z Pzp) | Uwagi |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

………………………………………………………  
Data i podpis osoby uprawnionej