# Załącznik nr 9 do SWZ

## **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O SPEŁNIANIU WARUNKÓW OKREŚLONYCH W ART. 94 PZP**

Ja, niżej podpisany/a ……………………………………………………………………, działając w imieniu Wykonawcy:

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………  
Adres: ……………………………………………………………………………………………  
NIP / REGON: …………………………………………………………………………………

składam niniejsze oświadczenie w związku z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Bystrzycy Kłodzkiej.

### OŚWIADCZAM, ŻE:

Wykonawca: 1. Posiada status (zaznaczyć właściwe):

- [ ] Zakładu Pracy Chronionej  
- [ ] Spółdzielni Socjalnej  
- [ ] Innego wykonawcy, którego głównym celem działalności lub działalności wyodrębnionej jednostki realizującej zamówienie jest integracja społeczna i zawodowa osób marginalizowanych.

Ogólna liczba osób zatrudnionych u Wykonawcy lub w jego jednostce, która będzie realizowała zamówienie: …………………………………

1. Zatrudnia co najmniej 30% osób należących do jednej lub więcej kategorii wskazanych w art. 94 ust. 1 Pzp, w szczególności:

[ ] osoby niepełnosprawne,

[ ] osoby bezrobotne,

[ ] osoby poszukujące pracy pozostające bez zatrudnienia,

[ ] osoby bezdomne,

[ ] osoby z zaburzeniami psychicznymi,

[ ] osoby z pieczy zastępczej,

[ ] osoby zwolnione z zakładów karnych,

[ ] uchodźcy i osoby z ochroną uzupełniającą,

[ ] osoby 50+ lub do 30 roku życia,

[ ] członkowie mniejszości znajdujących się w niekorzystnej sytuacji.

1. Spełnia wszystkie warunki uprawniające do udziału w postępowaniu zastrzeżonym na podstawie art. 94 Pzp.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy odpowiedzialności za złożenie oświadczenia niezgodnego z rzeczywistością.

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