**Załącznik Nr 10** do SWZ

**OŚWIADCZENIE   
DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WYMOGU OKREŚLONEGO   
W ART. 94 UST. 1 Pzp**

Zamawiający:

**GMINA SKARŻYSKO-KAMIENNA**

ul. Sikorskiego 18, 26-110 Skarżysko-Kamienna,

NIP 663-00-08207, Regon 291009870

**reprezentowana przez:**

**CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH**

**W SKARŻYSKU – KAMIENNEJ**

ul. Sikorskiego 19, 26-110 Skarżysko-Kamienna

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Wykonawcy |  |
| Adres siedziby Wykonawcy |  |

Na podstawie art. 94 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy Pzp, w imieniu Wykonawcy oświadczam, że:

1. Wykonawca ma status zakładu pracy chronionej, spółdzielni socjalnej lub innego wykonawcy, ich wyodrębnionych organizacyjnie jednostek, które będą realizowały zamówienie, jest społeczna i zawodowa integracja osób społecznie marginalizowanych;

2. procentowy wskaźnik zatrudnienia osób społecznie marginalizowanych wynosi: …………%

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

***Oświadczenie należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym, a w przypadku gdy zostało sporządzone jako dokument   
w postaci papierowej i opatrzone własnoręcznym podpisem przekazuje się cyfrowe odwzorowanie tego dokumentu opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym, poświadczającym zgodność cyfrowego odwzorowania z dokumentem w postaci papierowej.***