**Załącznik Nr 13 do SWZ**

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

Zamawiający:

**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.

***Należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***