**Załącznik nr 2**

**ASPEKTY SPOŁECZNE**

**Osoba/y z niepełnosprawnościami, które zostaną skierowane do realizacji zamówienia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja, którą osoba będzie pełniła przy realizacji zamówienia** | **Wymiar zatrudnienia (czasu pracy) przy realizacji zamówienia** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3.\* |  |  |  |

\* należy dodać tyle wierszy, ile będzie potrzebne

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………………………………….. |
| (data, podpis osoby upoważnionej do występowania  w imieniu Wykonawcy) |