IRID.272.2.20.2025

Załącznik nr 7

**Wykonawca**

……………………………………………………..

……………………………………………………..

……………………………………………………..

(pełna nazwa firmy, adres, w zależności od

podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

**Oświadczenie Wykonawcy**

**o liczbie osób należących do grup zagrożonych wykluczeniem społecznym**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego znak sprawy: **IRID.272.2.20.2025 pn. „Usługi zdrowotne w zakresie badań profilaktycznych, wykraczających poza obowiązkowe badania okresowe z zakresu medycyny pracy” w ramach projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 – 2027 nr naboru FELD.08.04-IZ.00-001/24**, prowadzonego przez Powiat Łódzki Wschodni, oświadczam   
co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY**

Oświadczam, że przy realizacji zamówienia zostaną zatrudnione lub oddelegowane osoby należące do grup zagrożonych wykluczeniem społecznym w ilości ………..

Podpis i pieczątka Wykonawcy

……………………………

(podpis)