**Załącznik nr 8**

**do Zapytania Ofertowego nr** **2.MPS.ŚK.OBW**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O SPEŁNIANIU ASPEKTÓW SPOŁECZNYCH**

Ja (my) niżej podpisany/i, działając w imieniu i na rzecz:

………………………………………….…………………………………………………….…………

(pełna nazwa i adres Wykonawcy, NIP)

oświadczam(y), że w przypadku udzielenia zamówienia, Wykonawca zrealizuje zamówienie:

1. **bez zaangażowania** osób z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. z dnia 26 czerwca 2025 r.; Dz.U. z 2025 r. poz. 913);
2. **z zaangażowaniem** osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. z dnia 26 czerwca 2025 r.; Dz.U. z 2025 r. poz. 913).

*(niepotrzebne skreślić; brak skreślenia będzie równoznaczny z wyborem opcji a))*

W przypadku wyboru opcji b), wskazuję zakres czynności, jakie będą wykonywane w ramach realizacji zamówienia przez osobę z niepełnosprawnością: ………………………………………………………………………………. .

Wykonawca akceptuje opisane w Zapytaniu Ofertowym warunki i skutki powyższego oświadczenia

…………………….………………………………………………....……………………………

(data i podpis osoby(osób) upoważnionej(ych)

do reprezentowania Wykonawcy, pieczęć firmowa Wykonawcy)