Załącznik nr 9 do zapytania ofertowego nr 5/FEDS.07.09/2025/KLS

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIUM SPOŁECZNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DANE WYKONAWCY** |
| **Imię i nazwisko**  **Nazwa Wykonawcy** |  |
| **Adres Wykonawcy** |  |

Przystępując do postępowania prowadzonego w procedurze Zasady Konkurencyjności, nr **5/FEDS.07.09/2025/KLS,** w imieniu Wykonawcy oświadczam/my, iż:

⎕ Wykonawca **zobowiązuje się** do realizacji zamówienia z zaangażowaniem osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 44 ze zm.) – dalej: „ustawa o RON”, potwierdzoną aktualnym orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności wydanym przez właściwy zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, o którym mowa w art. 6 ustawy o RON, lub aktualnym orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS, o którym mowa w art. 5 ustawy o RON, lub innym odpowiednim dokumentem wydanym przez właściwą instytucję/organ państwa trzeciego.

Osoba, o której mowa powyżej będzie wykonywała następujące **czynności związane z realizacją zamienia**:

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

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

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

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

⎕ Wykonawca **nie zobowiązuje się** do realizacji zamówienia z zaangażowaniem osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy o RON

Jednocześnie w imieniu Wykonawcy oświadczam, iż Wykonawca zapoznał się z zawartymi w zapytaniu ofertowym nr **5/FEDS.07.09/2025/KLS** szczegółowymi postanowieniami związanymi z podjętym zobowiązaniem w ramach kryterium „Kryterium społeczne”, akceptuje je i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………. | ……………………………………………. |
| *(Miejscowość, data)* | *(Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)* |