Załącznik nr 5 Oświadczenie o zatrudnianiu osoby z niepełnosprawnością

do Zapytania ofertowego BHP/17/2026

…………………………………

*Pieczątka Oferenta*

*(jeśli dotyczy)*

**Oświadczenie o zatrudnianiu osoby/ób z niepełnosprawnością**

Imię i Nazwisko/ Nazwa Wykonawcy:

Adres zamieszkania/ siedziby:…………………………………………………………………………………………………………

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia dot. dostarczenie usług hotelarskich, gastronomicznych i wynajmu sali na potrzeby organizacji trzydniowego szkolenia w ramach projektu „Chcesz wpływać na poprawę warunków pracy? Podnieść swoje kompetencje!”, składam oświadczenie następującej treści:

**oświadczam, że:**

* do realizacji umowy, w miejscu wykonywania usługi zostanie/nie zostanie\* skierowana co najmniej 1 osoba z niepełnosprawnością, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.),zatrudniona w wymiarze co najmniej ½ etatu.
* Akceptuję wymagania wskazane w zapytaniu ofertowym.

(miejscowość i data) (podpis, pieczątka imienna osoby upoważnionej

doskładania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

\*Niepotrzebne skreślić