**Załącznik do Zamówienia**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

..........................................................

(nazwa i siedziba Wykonawcy)

## **Miejski Ośrodek Pomocy**

## **Społecznej w Kaliszu**

**ul. Obywatelska 4**

**62-800 Kalisz**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

o spełnieniu warunków określonych w art.22 ust. 2 pkt.1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r Prawo zamówień publicznych

(Dz.U. z 2017r., poz. 1579 z późn. zm.);

Ja ...........................................................................................................................................................

/imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie, stanowisko służbowe/

reprezentując i mając pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu :

...............................................................................................................................................................

/nazwa i adres wykonawcy/

oświadczam , że reprezentowany przeze mnie Wykonawca spełnia warunki określonych w art.22 ust. 2 pkt.1 :

1. Jest zakładem pracy chronionej lub,
2. Zatrudnia nie mniej niż 50% pracowników będących osobami niepełnosprawnymi w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.z 2016r., poz. 2046, z późn.zm).

............................................................................

*/miejscowość, data i podpisy, pieczątki osób upoważnionych*