Załącznik Nr 7 do SIWZ

Data .....

Utrzymanie czystości na terenie Szpitala
Nr sprawy ZP 48/2015

Oświadczenie Wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY: …….
ADRES:…….....…….

Oświadczamy, że **jesteśmy / nie jesteśmy** * zakładem pracy chronionej w rozumieniu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 t.j. ze zm.) oraz, że **posiadamy/nie posiadamy** * możliwość/ci udzielania ulgi we wpłatach na PFRON.

* *niepotrzebne skreślić*

.....
Podpisy osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy