***Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 11/2019/DFZ***

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

(miejscowość, data)

**Oświadczenie o spełnianiu kryterium „Aspekty społeczne”**

Nazwa i adres Wykonawcy:

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

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

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

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia na usługi cateringowe w ramach projektu pn. „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecine”, POWR.05.03.00-00-0007/15, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, oświadczam, że w realizacji usługi, której dotyczy Zapytanie ofertowe **będzie / nie będzie**[[1]](#footnote-1) uczestniczyła min. jedna osoba posiadająca status:

- osoby młodocianej, o której mowa w przepisach prawa pracy, w celu przygotowania zawodowego i/lub

- osoby niepełnosprawnej w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i/lub

- osoby, o której mowa w ustawie o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. z 2011 r. poz. 225 1211 oraz z 2015 r. poz 1220 i 167),

zatrudniona w naszej firmie na podstawie umowy o pracę.

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

(pieczęć oraz podpis/-y osoby/osób uprawnionej/nych)

1. Właściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)