|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca****(imię i nazwisko lub pełna nazwa/ firma)** |  |
| **Adres** |  |

**Oświadczenie dotyczące zatrudnienia osoby niepełnosprawnej**

*Dotyczy: ……………………………….*.

**Oświadczam, że zamówienie na *świadczenie usługi doraźnego wsparcia w zakresie kompleksowych czynności organizacyjnych i administracyjno-biurowych w Departamencie Architektury, Budownictwa i Geodezji*** *(właściwe zaznaczyć znakiem* ***X****)****:***

1)realizowane będzie przez osobę niepełnosprawną**\*)**

2) realizowane będzie bez udziału osoby niepełnosprawnej **\*)**

\*) Osoba niepełnosprawna, zgodnie z ust. 5 pkt 3 zapytania ofertowego.

..............................., dn. ......................... .....................................................

*Podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*