**Załącznik nr 7 do SIWZ**

**Znak sprawy MCPS.ZP/AM/351-3/2018/U**

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

Oznaczenie Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie

Wykaz zatrudnionych osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba osób |  |

………………………, dn. ………… ……………….………………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania

 Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)