**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Wykonawca/Podwykonawca:**

*………………………………………….*

*………………………………………….*

*………………………………………….*

*(pełna nazwa, adres)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/PODWYKONAWCY składane w związku z postępowaniem na:**

**„*Świadczenie usług ubezpieczenia mienia, odpowiedzialności cywilnej oraz następstw nieszczęśliwych wypadków w 2025 roku*”**

(*nazwa postępowania*)

odnośnie liczby zatrudnionych osób wykonujących czynności na rzecz Zamawiającego, których świadczenie polega na wykonywaniu pracy w sposób określony w art. 22 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy:

|  |  |
| --- | --- |
| **Czynności w zakresie realizacji zamówienia** | **Liczba osób** |
| Pracownicy administracyjni wykonujący czynności związane z obsługą umowy ubezpieczenia oraz wystawianiem dokumentów ubezpieczenia i rozliczaniem płatności. |  |

**Wykonawca oświadcza, że wyżej wskazana liczba osób będzie zatrudniona na podstawie stosunku pracy   
w zakresie realizacji zamówienia w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.**

……………………………………...

*(miejscowość, data)*

*…..…………………….…………………..…..*

*(podpis)*