Zał. Nr 10 do SWZ

Znak sprawy: MOPR-DPŚ/ZP-341/1/2026

Zamawiający:
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Suwałkach
ul. Filipowska 20, 16-400 Suwałki
Wykonawca:
.....
.....
.....
(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, KRS/CEIDG)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY
DOTYCZĄCE ZAPEWNIENIA DOSTĘPNOŚCI OSOBOM ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **„Przygotowywanie i wydawanie gorących posiłków (zupa, II danie, surówka) dzieciom, młodzieży, osobom dorosłym oraz dowóz do miejsca zamieszkania na terenie miasta Suwałki od 1 stycznia do 31 grudnia 2027 r”** realizowane dla części zamówienia nr ..... oświadczam, co następuje:

1. **Deklaracja ogólna:**
   Oświadczam, że lokal/lokale gastronomiczny/gastronomiczne, w którym będzie realizowana usługa przygotowywania i wydawania gorących posiłków oraz personel wyznaczony do realizacji zamówienia spełniają wymagania określone w **ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami** (Dz.U. z 2024 r. poz.1411).
2. **Zapewnienie dostępności architektonicznej i organizacyjnej:**
   Oświadczam, że wskazany/wskazane lokal/lokale spełnia/spełniają następujące standardy dostępności:
   - główne wejście do lokalu jest wyraźnie oznakowane, wolne od barier architektonicznych i dostępne z poziomu terenu;
   - przestrzeń wewnątrz lokalu, w tym ciąg wydawczy, stoliki oraz droga do toalety dla klientów, umożliwia swobodne poruszanie się osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich oraz o kulach;
   - Wykonawca zapewnia bezwzględną możliwość wstępu do lokalu osobom korzystającym z psa asystującego.
3. **Zapewnienie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:**
   Oświadczam, **że jadłospisy na 10 dni** na terenie lokalu będą sporządzone w sposób czytelny **(wysoki kontrast, duża czcionka minimum 14 pkt).**
4. **Zapewnienie przeszkolenia personelu:**
   Oświadczam, że personel wyznaczony do bezpośredniej obsługi klientów w lokalu (pracownicy obsługi sali oraz kierowcy) został przeszkolony w zakresie standardów obsługi i komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, zgodnie z wytycznymi określonymi przez Zamawiającego w SWZ.
5. **Zobowiązanie do zapewnienia dostępu alternatywnego:**
   Zobowiązuję się, że w przypadku wystąpienia obiektywnych barier technicznych lub prawnych uniemożliwiających pełną dostępność, zapewnię osobom ze szczególnymi potrzebami dostęp alternatywny (np. poprzez aktywną asystę personelu przy składaniu zamówienia i transporcie posiłku do stolika lub bezpieczne wydanie gorącego posiłku bezpośrednio przed wejściem do lokalu).

....., dnia .....

.....
(Kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)