***Załącznik nr 5 do SWZ******–***

***Wniosek o udostępnienie informacji poufnych.***

Ja niżej podpisany \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*imię i nazwisko składającego wniosek*

będąc uprawnionym do reprezentowania Wykonawcy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*nazwa i siedziba Wykonawcy*

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym   
w trybie przetargu nieograniczonego:

**Ubezpieczenie mienia i odpowiedzialności cywilnej**

**Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy**

**Znak sprawy:** 1.22.P.DUJSP

niniejszym zwracam się z prośbą o udostępnienie treści załączników nr 6, 6A, 6B, 6C, 7, 8, 9 oraz 10 do SWZ.

Jednocześnie zobowiązuję się do zachowania poufnego charakteru uzyskanych informacji służących przygotowaniu oferty ubezpieczenia. Zobowiązuję się do dołożenia właściwych starań w celu zabezpieczenia informacji przed ich utratą, zniekształceniem oraz dostępem nieupoważnionych osób trzecich, a także zobowiązuję się do niewykorzystywania informacji zawartych w załącznikach 6, 6A, 6B, 6C, 7, 8, 9 oraz 10 do SWZ w celach innych niż przygotowanie oferty.

Do wniosku załączam pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy w przedmiotowym postępowaniu.

*Niniejszy wniosek należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*miejscowość, data podpis osoby składającej oświadczenie*