**Załącznik nr 5 do SWZ** **- wniosek o udostępnienie informacji poufnych**

**WNIOSEK**

**o udostępnienie informacji poufnych**

**załączniki nr 6 oraz 7 do SWZ**

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 podstawowym z możliwością negocjacji pn:**

**Ubezpieczenie mienia i odpowiedzialności cywilnej**

**Opery i Filharmonii Podlaskiej – Europejskiego Centrum Sztuki**

**w Białymstoku imienia Stanisława Moniuszki**

**Oznaczenie sprawy: 35.24.P.DUJSP**

niniejszym zwracam się z prośbą o udostępnienie treści załączników nr 6 oraz 7 do specyfikacji warunków zamówienia.

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 nr 6 oraz 7 do SWZ w celach innych niż przygotowanie oferty.

Jeżeli w imieniu Wykonawcy działa osoba, której umocowanie do jego reprezentowania nie wynika z odpisu lub informacji z Krajowego Rejestru Sądowego, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru Zamawiającego żąda od Wykonawcy pełnomocnictwa lub innego dokumentu potwierdzającego umocowanie do reprezentowania Wykonawcy.

*Niniejszy wniosek należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy.*

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

*miejscowość, data podpis osoby składającej oświadczenie*