|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**SZPITAL SPECJALISTYCZNY MSWiA****w GŁUCHOŁAZACH** **im. św. Jana Pawła II48-340 GŁUCHOŁAZY, ul. Mieczysława Karłowicza 40**Tel. 77  43 91 614,  40 80 155; Fax 77 43 93 861e-mail: dyrekcja@szpitalmsw-glucholazy.pl www.szpitalmsw-glucholazy.plNIP 755-16-33-549 REGON 531172135 | ISO_9001-PL-bw |

 L. dz. DZP 2374/5/2020 Głuchołazy, dnia ……...2020r.

OŚWIADCZENIE (wzór)

Ja niżej podpisany [imię, nazwisko] ………………………………………………….……… ………………………………………………………………………………………………

jako upoważniony do reprezentowania Wykonawcy [nazwa firmy] ………………………………………………………………………………………….…….. …………………………………………………………………………………………………

oświadczam, że

wyrażam\* / wyrażamy\* zgodę na przedłużenie terminu związania ofertą o okres kolejnych 36 dni, zgodnie z wnioskiem Zamawiającego w sprawie przedłużenia terminu związania ofertą tj. do dnia **28.08.2020r.**

Jednocześnie oświadczam\* / oświadczamy\*, że jesteśmy związani złożoną ofertą
w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na zadanie pn. „Pełnienie funkcji Nadzoru Inwestorskiego dla inwestycji budowlanej pn. ,,Przebudowa sal chorych na Oddziale Rehabilitacji Pulmonologicznej SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II " prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na ten wydłużony okres tj. do 28.08.2020r.

 dnia

miejscowośćpodpis osób/osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu