.................................................. .…………………., dnia …………….. r.

*(pieczęć wykonawcy)*

## WNIOSEK O PRZEKAZANIE CZĘŚCI POUFNEJ SIWZ

1. **Firma wykonawcy** *(należy wpisać dane wykonawcy, który posiada uprawnienia do wykonywania działalności ubezpieczeniowej, tzn. centralę zakładu ubezpieczeń lub główny oddział w Polsce w przypadku zagranicznego zakładu ubezpieczeń):*

|  |  |
| --- | --- |
| Firma (nazwa): | ........................................................................................................................................... |
| Adres: | ........................................................................................................................................... |
| Telefon/faks: | ........................................................................................................................................... |
| NIP: | ........................................................................................................................................... |
| REGON: | ........................................................................................................................................... |

1. **Jednostka wykonawcy, która składa wniosek**  *(należy wpisać dane oddziału, przedstawicielstwa, innej jednostki organizacyjnej wykonawcy lub przedsiębiorcy wykonującego czynności na rzecz wykonawcy w formie podobnej do przedstawicielstwa - jeśli dotyczy):*

|  |  |
| --- | --- |
| Firma (nazwa): | ........................................................................................................................................... |
| Adres: | ........................................................................................................................................... |
| Telefon/faks: | ........................................................................................................................................... |

1. **Osoba składająca wniosek***:*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: | ........................................................................................................................................... |
| Stanowisko: | ........................................................................................................................................... |
| Telefon/faks służbowy: | ........................................................................................................................................... |
| e-mail służbowy: | ........................................................................................................................................... |

Zamierzając uczestniczyć w przetargu nieograniczonym na ubezpieczenie majątku i innych interesów Muzeum II Wojny Światowej w Gdańsku, postępowanie znak ZP.280.11.2019, zwracam się z wnioskiem   
o udostępnienie informacji poufnych, zastrzeżonych przez zamawiającego - Muzeum II Wojny Światowej w Gdańsku, pl. Władysława Bartoszewskiego 1, 80-862 Gdańsk, niezbędnych do przygotowania oferty, zawartych w załącznikach nr 1, 1d i 1e do specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Informacje poufne prosimy przesłać na adres poczty elektronicznej: ……………...………………………...…...

Jednocześnie wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek, w tym podane w nim dane osoby wnioskodawcy, podlegały weryfikacji ze strony zamawiającego. Niniejsze oświadczenie ma charakter dobrowolny, ale mam świadomość, że brak zgody na weryfikację danych spowoduje odrzucenie wniosku o udostępnienie części poufnej specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

……………………………………………….………………………

*(pieczątka i podpis wnioskodawcy)*