**Załącznik nr 7 do SIWZ - Wniosek o udostępnienie informacji poufnych**

**WNIOSEK**

**o udostępnienie informacji poufnych SIWZ**

**zawartych w załącznikach nr 6, 6A, 6B, 6C do SIWZ**

**oraz w załącznikach nr 1-8 do opisu przedmiotu zamówienia.**

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 na:**

**Kompleksowe ubezpieczenie mienia i odpowiedzialności cywilnej**

**Gminy Ostróda i jej jednostek organizacyjnych oraz instytucji kultury**

**Oznaczenie sprawy: ZP.271.15.2020**

niniejszym zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji poufnych SIWZ zawartych w załącznikach nr 6, 6A, 6B, 6C do SIWZ oraz załącznikach nr 1-8 do opisu przedmiotu 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, 6A, 6B, 6C do SIWZ oraz załącznikach nr 1-8 do opisu przedmiotu zamówienia w celach innych niż przygotowanie oferty.

Do wniosku załączam pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy w przedmiotowym postępowaniu.

Adres e-mail, na który należy przesłać załączniki o charakterze poufnym w niniejszym postępowaniu:

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

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

*miejscowość, data podpis osoby składającej Wniosek*