



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Sejnach**

ul. Edwarda Rittlera 2
16-500 Sejny



tel. (87) 517-23-14
fax (87) 517-23-35

www.szpital.sejny.pl
sekretariat@szpital.sejny.pl

NIP: 844-17-84-785
REGON: 790317340

Nr rachunku bankowego: 95 9359 0002 0023 3310 2000 0002

Sejny, dnia 14.11.2016 r.

Wszyscy Wykonawcy

Strona internetowa Zamawiającego

Tablica ogłoszeń

Znak postępowania: 08/ZP/2016

Wniosek Zamawiającego w sprawie przedłużenia terminu związania ofertą

Zamawiający, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach, działając na podstawie art. 85 ust. 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 z późn. zm.) zwraca się z wnioskiem o wyrażenie zgody na przedłużenie terminu związania oferta o okres 30 dni.

W załączeniu wzór oświadczenia Wykonawcy w sprawie wyrażenia zgody na przedłużenie terminu związania ofertą.

Dyrektor SP ZOZ

.....

(pieczęć Wykonawcy)

Oświadczenie

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko)

.....

upoważniony do reprezentowania Wykonawcy (nazwa firmy)

.....

Oświadczam, że

wyrażam / wyrażamy zgodę na przedłużenie terminu związania ofertą o okres kolejnych 30 dni, zgodnie z wnioskiem Zamawiającego w sprawie przedłużenia terminu związania ofertą w postępowaniu przetargowym 08/ZP/2016.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis osób/osoby uprawnionej)