Załącznik nr 6 do SWZ

1. Znak: ZP/GZ/11/23

##### PEŁNOMOCNICTWO

##### Nazwa: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie

##### Adres: ul. Kościuszki 15, 07-100 Węgrów

##### NIP: ……………………………………………………..

##### (dalej: Zamawiający)

##### Reprezentowana/y przez: ………………………………………………………………………….

##### *Zamawiający niniejszym upoważnia:*

##### (dane Wykonawcy)

##### *Nazwa/firma: …………………………………………………………………………………………*

##### *Adres: …………………………………………………………………………………………………….*

##### *NIP: ………………………………………………………………………………………………………*

##### *(dalej: Wykonawca)*

##### *do dokonania w imieniu i na rzecz Zamawiającego następujących czynności:*

1. zgłoszenie właściwemu Operatorowi Systemu Dystrybucyjnego do realizacji zawartej   
   z **Wykonawcą** umowy kompleksowej sprzedaży gazu ziemnego wysokometanowego (grupa E);
2. składanie oświadczeń woli w zakresie wypowiadania dotychczas obowiązujących umów sprzedaży gazu ziemnego, świadczenia usług dystrybucji oraz umów kompleksowych.

**Niniejsze pełnomocnictwo uprawnia do udzielania dalszych pełnomocnictw substytucyjnych**.