# Załącznik Nr 5

Miejscowość, data

|  |
| --- |
|  |

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

|  |
| --- |
|  |

**POWIAT GLIWICKI**

**ul. Zygmunta Starego 17**

**44-100 Gliwice**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE CZĘŚCI POUFNEJ SWZ**

Dotyczy:

**KOMPLEKSOWE UBEZPIECZENIE POWIATU GLIWICKIEGO**

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie załączników nr 6, 7, 8, 9 stanowiących poufną część Specyfikacji Warunków Zamówienia.

Dokumentację proszę przesłać na adres e-mail: ………………………………………………………………………..………………..…

Jednocześnie zobowiązuję się do zachowania poufnego charakteru uzyskanych informacji służących przygotowaniu oferty ubezpieczenia.

Podpisano:

.........................................................

(podpis osoby składającej

wniosek w imieniu Wykonawcy)