# Załącznik nr 5

Miejscowość, data

|  |
| --- |
|  |

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

|  |
| --- |
|  |

**Powiat Lidzbarski**

ul. Wyszyńskiego 37

11-100 Lidzbark Warmiński

NIP: 743-18-63-086, REGON: 510742528

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE CZĘŚCI POUFNEJ SWZ**

Dotyczy:

**POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO NA KOMPLEKSOWE UBEZPIECZENIE POWIATU LIDZBARSKIEGO**

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)