***Załącznik nr 5 do SWZ***

**WNIOSEK**

**o udostępnienie informacji poufnych**

**w postępowaniu na wyłonienie wykonawcy w zakresie świadczenia usług ubezpieczenia dla Uniwersytetu Jagiellońskiego (z wyłączeniem Collegium Medicum UJ), w podziale na części**

**80.272.139.2022**

Ja niżej podpisany \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*imię i nazwisko składającego wniosek*

będąc uprawnionym do reprezentowania Wykonawcy:

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

*nazwa i siedziba Wykonawcy*

**niniejszym zwracam się z prośbą o udostępnienie treści Załącznika 1 do SWZ oraz Załącznika nr 6 do SWZ*,* które stanowią część poufną Specyfikacji Warunków Zamówienia.**

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

Do wniosku załączam pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy w przedmiotowym postępowaniu (jeśli dotyczy).

Dokumentację o charakterze poufnym należy przesłać na adres e-mail:

………………………………….………… .

*Miejscowość, data ……………………………..*