



**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
w Białymstoku
im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego**

**15-471 Białystok ul. Fabryczna 27
Tel. : (47) 710 41 00 fax: (47) 710 41 01
NIP 542-25-13-061 REGON 050637922**



Białystok, 18.01.2022 r.

DZP.2344.49.2021

Wszyscy Wykonawcy

Dotyczy: Wykonywanie usługi napraw, przeglądów i konserwacji sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Zyndrama – Kościałkowskiego.

Wniosek Zamawiającego

w sprawie przedłużenia terminu związania z ofertą

Zamawiający, SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego, działając na podstawie art. 307 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych, zwraca się o wyrażenie zgody na przedłużenie terminu związania z ofertą o 30 dni.

Zamawiający nie wymagał wadium w związku z tym nie wymaga przedłużenia terminu wadium.

Oświadczenie Wykonawcy dotyczące wyrażenia zgody na powyższe należy przekazać Zamawiającemu **w nieprzekraczalnym terminie do dnia 24.01.2022 roku.**

Brak odpowiedzi na wniosek Zamawiającego o wyrażenie zgody na przedłużenie terminu związania ofertą o czas oznaczony powyżej, potraktowany będzie przez Zamawiającego jako brak zgody Wykonawcy na przedłużenie terminu związania ofertą i skutkować będzie odrzuceniem oferty zgodnie z art. 226 ust 1 pkt 12 ustawy Pzp.

DZP.2344.49.2021

.....dnia.....

.....
(pieczęć Wykonawcy)

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany (imię, nazwisko)

.....

Jako upoważniony do reprezentowania Wykonawcy (nazwa firmy)

.....

.....,

.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przedłużenie terminu związania ofertą o okres kolejnych 30 dni oraz oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nieprzekraczającego progów unijnych o jakich stanowi art. 3 ustawy z 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2019) na wykonanie usługi napraw, przeglądów i konserwacji sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Żyndrama – Kościółkowskiego.

.....
Podpis osób/osoby uprawnionej do
reprezentowania Wykonawcy i składania
oświadczeń woli w jego imieniu