załącznik nr **6** do SWZ

…………………………………… ...........………………......, dnia ………………………..

*(pieczęć/nazwa i adres wykonawcy)*

*telefon kontaktowy* ……………………………………

*adres email osoby do kontaktu* ……………………………………

**Powiat Wałbrzyski**

Al. Wyzwolenia 20-24

58-300 Wałbrzych

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE CZĘŚCI POUFNEJ SWZ**

Proszę o udostępnienie części SWZ objętą poufnością

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| Nazwa wykonawcy |  |
| Adres email |  |
| Telefon kontaktowy |  |

....... …

*(upoważniony przedstawiciel)*