

Powiat Szczycieński  
ul. Sienkiewicza 1, 12-100 Szczytno  
NIP: 745-18-11-678

**Wykonawca:**

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

(pełna nazwa/firma, adres, NIP)

**reprezentowany przez:**

.....  
.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie Wykonawcy**

Ja niżej podpisany (imię, nazwisko):

.....

jako upoważniony do reprezentowania Wykonawcy (nazwa firmy):

.....  
.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przedłużenie terminu związania ofertą o okres kolejnych 27 dni, zgodnie z *Wnioskiem Zamawiającego w sprawie przedłużenia terminu związania ofertą z jednoczesnym przedłużeniem okresu ważności wadium lub wniesieniem nowego wadium na przedłużony okres związania ofertą*, to jest do dnia 27 kwietnia 2018 r. oraz oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Rozbudowa Szpitala Powiatowego ZOZ w Szczytnie**, prowadzonego przez: Powiat Szczycieński, ul. Sienkiewicza 1, 12-100 Szczytno - na ten wydłużony okres, to jest do dnia 27 kwietnia 2018 r.

Jednocześnie (*niepotrzebne skreślić*):

1. wyrażam zgodę na przedłużenie ważności wadium wniesionego przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego na pełny, przedłużony okres nowego terminu związania ofertą.\*
2. przedkładałam w załączeniu dokument potwierdzający przedłużenie ważności wadium / wniesienie nowego wadium - na pełny, przedłużony okres nowego terminu związania ofertą.\*\*

..... dnia ..... r.  
(miejscowość)

.....  
(podpis)

\* dotyczy wadium wniesionego w pieniądzu

\*\*dotyczy wadium wniesionego w innej formie niż pieniężna