



Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju
ul Bohaterów Warszawy 67
28-100 Busko- Zdrój
tel. centrala 41 378 24 01 fax. 41 378 27 68
NIP: 655-16-62-705 Regon: 000311467
e-mail: sekretariat@zoz.busko.com.pl
strona internetowa: www.zoz.busko.com.pl



Świętokrzyska Nagroda Jakości
Laureat XVI edycji SNJ
w kategorii organizacji
publicznych – ochrona
zdrowia.

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego ZOZ/DO/OM/ZP/28/19

Data

.....
(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 31 dni, zgodnie z wnioskiem Zamawiającego w sprawie przedłużenia terminu związania ofertą, to jest do dnia 21.10.2019 r., oraz oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą w postępowaniu o udzielenie zamówienia na dostawę sprzętu medycznego dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju, znak postępowania ZOZ/DO/OM/ZP/28/19 prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na ten wydłużony okres.

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