# Załącznik Nr 5

Miejscowość, data

|  |
| --- |
|  |

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

|  |
| --- |
|  |

**Gmina Łabiszyn**

**Plac 1000-lecia 1**

**89-210 Łabiszyn**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE CZĘŚCI POUFNEJ SWZ**

Dotyczy:

**POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO NA UBEZPIECZENIE GMINY ŁABISZYN**

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie załączników nr 6 i 7 stanowiących poufną część Specyfikacji Warunków Zamówienia.

Dokumentację proszę przesłać na adres e-mail: ………………………………

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