

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świdniku



ul. Bolesława Leśmiana 4; 21-040 Świdnik

REGON 431010878

tel. (81) 751 42 15
www.spzozswidnik.pl

NIP 712-24-83-842

fax (81) 751 27 49
sekretariat@spzozswidnik.pl



Bank Pekao S.A. Nr rachunku bankowego: 02 1240 5497 1111 0010 7390 0187

Świdnik, dn. 06.09.2019

Uczestnicy postępowania / strona internetowa /

Wniosek Zamawiającego w sprawie przedłużenia terminu związania ofertą

dotyczy przetargu nieograniczonego na dostawę zestawów do operacji i ubrań operacyjnych - numer sprawy SPZOZ/ZP/271/12/08/2019

W związku z przedłużającą się procedurą zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, którego przedmiotem jest „**Dostawa zestawów do operacji i ubrań operacyjnych**”, zgodnie z postanowieniem art. 85 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 1986 z późn. zm.) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świdniku (zwany Zamawiającym), zwraca się z wnioskiem o wyrażenie zgody na przedłużenie terminu związania ofertą o czas niezbędny do zawarcia umowy w w/w postępowaniu, o **30 dni**. Przedłużony w ten sposób termin związania ofertą liczony zgodnie z zapisami art. 85 ust. 5 ustawy Pzp upływa w dniu **12 października 2019 roku**.

Pismo informujące o przedłużeniu terminu związania ofertą (Oświadczenie) należy przesłać w **nieprzekraczalnym terminie do dnia 10 września 2019r. do godz. 12:00 na adres e – mail : zp@spzozswidnik.pl** a następnie należy przesłać pismo (Oświadczenie) w formie pisemnej.

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 na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 7a)**.

W załączeniu wzór pisma - Oświadczenie Wykonawcy na wniosek Zamawiającego w sprawie wyrażenia zgody na przedłużenie terminu związania ofertą.

Z poważaniem

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Świdniku
Tel. med. Jacek Kamiński

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Bolesława Leśmiana 4
21-040 Świdnik

.....
(Pieczęć firmowa Wykonawcy)

Oświadczenie

Ja niżej podpisany / my niżej podpisani*

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

oświadczam / oświadczamy*

iż wyrażam / wyrażamy* zgodę na przedłużenie **terminu związania ofertą o okres 30 dni**, zgodnie z pismem Zamawiającego z dnia **06 września 2019 r.** Jednocześnie oświadczam /oświadczamy*, że jesteśmy związani złożoną ofertą na „Dostawę zestawów do operacji i ubrań operacyjnych”, przez łączny okres **60 dni** liczonych od dnia upływu terminu składania ofert.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)

*niepotrzebne skreślić