



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W MYŚLENICACH
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,
37-20-671, **fax.** 27-21-855

NIP: 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

Myślenice, dnia 02.06.2020 r.

Wszyscy zainteresowani

**WNIOSEK
O WYRAŻENIE ZGODY NA
PRZEDŁIŻENIE TERMINU ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Dotyczy: Dostawa produktów leczniczych. Znak sprawy: 8/PN/20

Działając na podstawie art. 85 ust. 2 ustawy z 29.01.2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.) Zamawiający wzywa wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie terminu związania ofertą o 30 dni tj. **do dnia 06.07.2020 r.**

Zamawiający informuje, że zgodnie z art. 85 ust. przedłużenie terminu związania ofertą jest dopuszczalne tylko z jednoczesnym przedłużeniem okresu ważności wadium albo, jeżeli nie jest to możliwe, z wniesieniem nowego wadium na przedłużony okres związania ofertą.

Ponadto zamawiający informuje, że zgodnie z art. 85 ust. 3 p.z.p. odmowa wyrażenia zgody na przedłużenie terminu związania ofertą nie spowoduje utraty wadium i zamawiający dokona zwrotu wadium niezwłocznie po upływie pierwotnego terminu związania ofertą. Jednak w razie odmowy przedłużenia terminu związania ofertą Państwa oferta zostanie odrzucona zgodnie z art. 89 ust. 1 pkt 7a p.z.p.

Wzór oświadczenia o wydłużeniu terminu związania ofertą stanowi załącznik do niniejszego pisma.

Wyrażenie zgody na powyższe należy przekazać Zamawiającemu w **nieprzekraczalnym terminie do dnia 05.06.2020 roku.**

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Myślenicach

Adam Szyjeń

.....
(podpis Kierownika Zamawiającego)

!!! Prosimy o niezwłoczne, zwrotne odesłanie potwierdzenia otrzymania korespondencji za pośrednictwem platformy zakupowej Zamawiającego!!!

g



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W MYŚLENICACH
32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670,
37-20-671, **fax.** 27-21-855

NIP: 681-169-06-68, **REGON:** 000300570, **EKD:** 8511
Dział zamówień publicznych i umów e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl

.....
Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

Ja* / my*, niżej podpisany* / podpisani*

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

oświadczam / oświadczamy
iż wyrażam* / wyrażamy*

zgodę na przedłużenie **terminu związania ofertą** o okres kolejnych 30 dni tj. do dnia
06.07.2020 r.

* *niepotrzebne skreślić*

....., dnia2020 r.

.....
(czytelny podpis imieniem i nazwiskiem lub
pieczęć imienna i podpis upoważnionego
przedstawiciela Wykonawcy)