

.....  
(Pieczęć firmowa Wykonawcy)

**Wykonawca:**

.....

.....

.....

*(pełna nazwa/firma, adres, w  
zależności od podmiotu: NIP/PESEL,  
KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

.....

.....

.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa  
do reprezentacji)*

## OŚWIADCZENIE

Ja / my, niżej podpisany / podpisani

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

oświadczam / oświadczamy

iż wyrażam / wyrażamy zgodę na przedłużenie **terminu związania ofertą** o okres kolejnych 30 dni, zgodnie z pismem Zamawiającego z dnia 27-06-2017 r. Jednocześnie oświadczam / oświadczamy, że jesteśmy związani złożoną ofertą na „**Dostawa leków do Apteki Szpitala w Pyskowicach**” przez łączny okres 60 dni liczonych od dnia upływu terminu składania ofert.

.....  
(miejsowość, data)

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

