…………………………………

(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 06.11.2017r. Jednocześnie oświadczam / oświadczamy, że jesteśmy związani złożoną ofertą na ***„Dostawa preparatów dezynfekcyjnych”*** przez łączny okres 60 dni liczonych od dnia upływu terminu składania ofert.

…………………………………… …………………………….…….……………

(miejscowość, data) (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)