**Szpital Wojewódzki**

**im. M. Kopernika**

**ul. T. Chałubińskiego 7**

**75-581 Koszalin**

**Wykonawca:**

……………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, nr, KRS)*

reprezentowany przez Wnioskodawcę:

………………………………………………………

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

**WNIOSEK O PRZESŁANIE INFORMACJI O CHARAKTERZE POUFNYM**

Stanowiących:  
***Załącznik nr 1b - Opis przedmiotu zamówienia – część niejawna***

***Dodatek nr 1 -*** Charakterystyka budynków i budowli

***Dodatek nr 2 -*** Mienie osób trzecich (w użyczeniu)

***Dodatek nr 3 -*** Sprzęt medyczny w tym sprzęt medyczny należący do osób trzecich

***Dodatek nr 4 -*** Sprzęt medyczny w transporcie w tym wykorzystywany w karetkach

***Dodatek nr 5 -*** Sprzęt elektroniczny stacjonarny

***Dodatek nr 6 -*** Wykaz pojazdów

***Dodatek nr 7 -*** Wykaz składników majątku z grupy 4 dedykowanych do ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych

***Dodatek nr 8*** *–* Informacja o szkodowości

***Dodatek nr 9***- Informacja o realizowanym programie zarządzania ryzykiem MedRisk

na:

**Kompleksowe ubezpieczenie Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie**

**nr sprawy: ......................**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Kontakt tel./ e-mail

Działając w imieniu wymienionego/ych powyżej Wykonawcy/ów wnoszę/my o przesłanie   
w formie elektronicznej części poufnej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia   
w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn. Kompleksowe ubezpieczenie Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Koszaliniena niżej wymieniony adres poczty elektronicznej:

e-mail: ……………………………………………….

……….………………………………………………

(data, podpisy i pieczątka Wnioskodawcy)