Załącznik nr 10 do SIWZ PN – 83/16/MT

pieczęć Wykonawcy

WNIOSEK O ZWROT ZŁOŻONYCH WRAZ Z OFERTĄ PRÓBEK OFEROWANYCH WYROBÓW

(dotyczy wyłącznie Wykonawców, których oferta nie została wybrana w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego)

Postępowanie znak: **Pn-83/16/MT na „Dostawa wyrobów medycznych"**

Wykonawca: .....

W przypadku nie wybrania naszej oferty:

Wnosimy*****/ nie wnosimy***** o zwrot próbki wyrobu:

Nazwa produktu: .....

Producent: .....

Pakiet nr: ….

- próbkę odbierzemy osobiście w ciągu 30 dni od daty ogłoszenia wyniku postępowania (nie wcześniej jednak niż po upływie terminu na wniesienie środków ochrony prawnej)*****

- prosimy o odesłanie próbki pocztą – za zaliczeniem pocztowym*****

***- nie potrzebne skreślić**

UWAGA: w przypadku braku wniosku o zwrot próbki, lub nie odebranie próbek po upływie 30 dni od daty ogłoszenia wyników postępowania, wyrażamy zgodę na nieodpłatne ich przekazanie użytkownikom CO-I.

Data: .....

.....

podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy)