***Załącznik nr 7 do SIWZ***

**WNIOSEK O ZWROT ZŁOżONYCH WRAZ Z OFERTĄ PRÓBEK OFEROWANEGO ASORTYMENTU**

***(zgodnie z art. 97 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych dotyczy wyłącznie wykonawców, których oferta nie została wybrana w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego)***

Wykonawca **[*pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG*]:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Reprezentowany przez **[*imię i nazwisko*]:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na**:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(nazwa postępowania)***

**W przypadku nie wybrania naszej oferty:**

**\*wnosimy / nie wnosimy\*\* o zwrot próbki asortymentu o:**

**Nazwie: ……………..**

**Producent: …………………**

**Liczba szt./kpl. ………………**

**Pozycja Formularza asortymentowo-cenowego, którego dot. złożona próbka:**

**\* próbkę odbierzemy osobiście w ciągu 30 dni od daty ogłoszenia wyniku postępowania**

**lub**

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

***\* niepotrzebne skreślić***

*\*\* w przypadku braku wniosku o zwrot próbki, lub nie odebrania próbek po upływie 30 dni od daty ogłoszenia wyników postępowania, wyrażamy zgodę na nieodpłatne ich przekazanie użytkownikom Szpitala Czerniakowskiego Sp.z o.o*

, dnia \_\_\_/\_\_\_/2020 r.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*podpis i pieczątka (i) imienna (e) osoby (osób)*

*uprawnionej (ych) do składania oświadczeń wiedzy/woli*

*w zakresie praw i obowiązków majątkowych Wykonawcy*