**Załącznik Nr 6 do SWZ**

**Numer referencyjny: IZ.273.10.2024**

**Wzór - Oświadczenia wykonawcy o posiadaniu oddziału lub placówki (Fili)Banku na terenie miasta Biłgoraj**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Powiat Biłgorajski** reprezentowany przez Zarząd Powiatu w Biłgoraju

ul. Tadeusza Kościuszki 94, 23-400 Biłgoraj

tel. (+48) 84 688 20 00,

NIP 9181993847 REGON 950369014

Adres poczty elektronicznej e-mail: zamowienia@bilgorajski.pl

Adres strony internetowej Zamawiającego: <https://www.bilgorajski.pl/>

**PODMIOT W IMIENIU KTÓREGO SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE**

Nazwa Wykonawcy: ...........................................................................

Adres: ........................................................................................

TEL./FAX: ………………………………………………………………

E – mail: …………………………………………………..……………

NIP: …………………………………………….…………………

Oświadczam/-my, że:

posiadamy \*

Oddział lub placówka (filię) Banku na terenie miasta Biłgoraj

…………………………………………………………………………………………………………………………….

*(adres oddziału/placówki fili banku)*

\* *właściwe zaznaczyć*

……………………………….

*(miejscowość i data)* ……………….…………………………..

(podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania podmiotu)