

## ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SWZ

Nazwa Wykonawcy lub imię i nazwisko Wykonawcy:	
Adres Wykonawcy: kod, miejscowość, ulica, nr lokalu	
NIP	
Numer telefonu	
E-mail	
Adres skrzynki ePUAP	

### OŚWIADCZENIE O ZASTRZEŻENIU INFORMACJI

My, niżej podpisani, działając w imieniu i na rzecz:

.....

*(nazwa/firma Wykonawcy)*

ubiegając się o zamówienie publiczne na:

**Realizacja usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – Edycja 2021 finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego**

niniejszym oświadczamy, że zastrzegamy jako tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji informacje zawarte w ofercie w następującym zakresie:

.....

W pozostałym zakresie oferta jest jawna i nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa.

Uzasadnienie zastrzeżenia wskazanych informacji, wraz z załączeniem ewentualnych dowodów:

.....  
.....

*(Należy wykazać spełnienie **wszystkich** przesłanek określonych w ustawie z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji*

	Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/podpis zaufany złożony zgodnie z pkt 4 SWZ przez osobę(osoby) uprawnioną(-e)
--	--