**Załącznik nr 9 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Gmina Kołbaskowo**

**Kołbaskowo 106**

**72-001 Kołbaskowo**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nazwa i adres wykonawcy)

**WYKAZ PUNKTÓW AWIZACYJNYCH**

Składający ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„Świadczenie powszechnych usług pocztowych w obrocie krajowym i zagranicznym
 w 2023 roku dla Urzędu Gminy Kołbaskowo”**

ja/my niżej podpisany/podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ działając

w imieniu i na rzecz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców, w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy(firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum),*

oświadczam/oświadczamy, że Wykonawca do realizacji zamówienia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Adres punktu awizacyjnego w miejscowości Kołbaskowo, godziny otwarcia, zasięg terytorialny jego działania\* | Adres punktu awizacyjnego w miejscowości Przecław, godziny otwarcia, zasięg terytorialny jego działania\* | Adresy innych punktów awizacyjnych (jeżeli są), godziny otwarcia, zasięg terytorialny ich działania\* |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

**Uwaga:**

**\* Należy podać informacje umożliwiające ocenę spełniania przez wykonawcę warunku udziału w postępowaniu w zakresie zdolności technicznej i zawodowej w odniesieniu do doświadczenia, wskazujące na zakres zrealizowanych usług zgodnie z treścią warunku określonego w Rozdziale X pkt 2 ppkt 4) lit. c SWZ.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis/y osoby/ób uprawnionej/nych do reprezentacji wykonawcy