

Załącznik Nr 11 do SWZ – Wzór wykazu posiadanych filii, punktów obsługi kasowej

Zamawiający:

GMINA SKOŁYSZYN

38-242 Skołyszyn 12

tel. /fax 013 4491062-64

e-mail: przetargi@skolyszyn.pl; gmina@skolyszyn.pl

strona internetowa: <https://bip.skolyszyn.pl>

Oznaczenie sprawy: GPIR.271.1.6.2024

Nazwa zadania: „**Kompleksowa obsługa bankowa budżetu Gminy Skołyszyn oraz podległych jednostek organizacyjnych w okresie od 4 kwietnia 2024 r. do 31 grudnia 2027 r.**” -
oświadczam

WYKONAWCA:

L.p.	Nazwa Wykonawcy, którego dotyczy informacja	Adres Wykonawcy

1. WYKAZ POSIADANYCH ODDZIAŁÓW BANKU, PUNKTÓW OBSŁUGI KASOWEJ **

L.p.	Nazwa i adres oddziału, punktu, Nr tel., godziny pracy	Sposób spełnienia warunków udziału w postępowaniu		W przypadku złożenia oświadczenia „ będziemy dysponować” (kol. Nr 4 do oferty zostało załączone pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia*
		Dysponujemy*	Będziemy dysponować*	
1	2	3	4	5
1.				
2.				
3.				

--	--	--	--	--

*Puste kolumny należy wykreskować.
Wykonawca generuje tabelę wg potrzeb.*

2. Oświadczamy, że posiadamy oddział banku / punkt obsługi kasowej / agencję (niepotrzebne skreślić) na terenie miejscowości Skołyszyn, wymieniony w pozycji w/w zestawienia zapewniający pełną obsługę bankową w zakresie operacji gotówkowych i bezgotówkowych*.**

** Wpisać „TAK” gdzie dotyczy*

*** Wykonawca nie musi podawać wszystkich oddziałów - Wystarczy podać tylko najbliższe położone od siedziby Wykonawcy oddziały, punkty obsługi*

**** W przypadku nie posiadania w terminie składania oferty punktu obsługi kasowej na terenie miejscowości Skołyszyn – Wykonawca składa na osobnym dokumencie zobowiązanie, zapewnienie o utworzeniu takiego punktu najpóźniej w terminie zawarcia umowy.*

Podpis/y/:

....., dnia

UWAGA: Oświadczenie należy podpisać elektronicznie przy użyciu kwalifikowanego podpisu elektronicznego.