

**UBEZPIECZENIA MIENIA**

**ZESTAWIENIE ZGŁOSZONYCH SZKÓD WG DATY ZDARZENIA  
PRZYPADAJĄCEJ W OKRESIE OSTATNICH 3 LAT (TJ. OD 01.01.2015)**

*Brak szkód*

.....  
Nazwa Wykonawcy  
.....

.....  
Imię i nazwisko składającego oświadczenie

### **OŚWIADCZENIE<sup>2</sup>**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

.....  
Miejscowość

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć Wykonawcy

---

<sup>2</sup> W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

Nazwa Wykonawcy ..... RESO Europa Service Sp. z o.o.  
..... Departament Sprzedaży  
..... ul. Innowacyjna 1, 16-400 Suwałki  
..... NIP. 844-249-13-72, REGON 200040559  
Adres siedziby: ..... tel.: (+48) 87 565 4444, fax: (+48) 87 565 4505  
.....

### WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE CZĘŚCI POUFNEJ SIWZ

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie części SIWZ objętej poufnością w celu przygotowania oferty udzielenia zamówienia publicznego dla postępowania SIWZ nr 120/2018/N/Jarosław na usługę ubezpieczenia Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu na adres poczty elektronicznej MONIKA.DOLMAN@RESO.COM.PL

Monika Dolman-Karasiewicz

Specjalista  
Sekcja Ubezpieczeń Majątkowych  
Dział Obsługi Brokerskiej i Zamówień Publicznych  
Departament Sprzedaży

(podpis osoby składającej wniosek)

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.  
Oddział we Wrocławiu  
ul. Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław  
tel. (71) 343 00 85, faks (71) 344 76 79  
e-mail: wroclaw@interpolska.pl

Załącznik Nr 6

Nazwa Wykonawcy:

.....

Adres siedziby:

.....

### WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE CZĘŚCI POUFNEJ SIWZ

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie części SIWZ objętej poufnością w celu przygotowania oferty udzielenia zamówienia publicznego dla postępowania SIWZ nr 120/2018/N/Jarosław na usługę ubezpieczenia Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu na adres poczty elektronicznej *dominika.stachow@interpolska.pl*

Pracownik ds. Sprzedaży  
Ubezpieczeń Majątkowych

*Stachow*

Dominika Stachów

.....  
(podpis osoby składającej wniosek)

Nazwa Wykonawcy:  
TUW Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych  
..... ul. Ogrodowa 58 .....  
Adres siedziby: 00-876 Warszawa  
REGON 363035336, NIP 5252636645  
.....


### WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE CZĘŚCI POUFNEJ SIWZ

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie części SIWZ objętej poufnością w celu przygotowania oferty udzielenia zamówienia publicznego dla postępowania SIWZ nr 120/2018/N/Jarosław na usługę ubezpieczenia Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu na adres poczty elektronicznej *anna.jankowska@tuwpraw.pl*

**MENEDŻER DS.  
UBEZPIECZEN WZAJEMNYCH**  
Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych  
Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych

Anna Jankowska

.....  
(podpis osoby składającej wniosek)

  
TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH  
(TUW) (24)  
Biuro Regionalne w Rzeszowie  
35-010 Rzeszów, ul. Sokoła 4  
tel. 17 852-00-54, 17 853-51-54, 17 853-75-40  
e-mail: rzeszow@tuw.pl

Załącznik Nr 6

Nazwa Wykonawcy:

.....

Adres siedziby:

.....

### WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE CZĘŚCI POUFNEJ SIWZ

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie części SIWZ objętej poufnością w celu przygotowania oferty udzielenia zamówienia publicznego dla postępowania SIWZ nr 120/2018/N/Jarosław na usługę ubezpieczenia Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu na adres poczty elektronicznej .....

Kierownik Wydziału  
Sprzedaży Ubezpieczeń

Janusz Boidz

.....  
(podpis osoby składającej wniosek)