

ZAMAWIAJĄCY

*Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-027 Katowice, ul. Francuska 20/24*

PEŁNOMOCNICTWO DO ZŁOŻENIA OFERTY
w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego
w przetargu nieograniczonym na:

DOSTAWA IMPLANTÓW ORAZ AKCESORIÓW DO IMPLANTÓW
znak ZP-24-013UN

Ja/my niżej podpisany/ani
Jarosław Widomski oraz Adam Przybył

reprezentujący Wykonawcę:

WYKONAWCA	
Pełna nazwa / firma Wykonawcy:	Sonova Audiological Care Polska Sp. z o.o.
Adres siedziby Wykonawcy:	ul. Narutowicza 130 90-146 Łódź

udzielamy pełnomocnictwa osobie:

PEŁNOMOCNIK	
Imię i nazwisko: Pesel:	Hanna Kozakiewicz 84010411423
Adres Pełnomocnika:	ul. Okopowa 113/15 91-849 Łódź

do reprezentowania Wykonawcy w powyższym postępowaniu o udzielenie zamówienia.

Niniejsze pełnomocnictwo obejmuje w szczególności umocowanie do:

- 1) dokonywania wszelkich czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia, a w szczególności do:
 - podpisania i złożenia w imieniu Wykonawcy oferty wraz z załącznikami,
 - składania w toku postępowania wszelkich oświadczeń i dokonywania czynności przewidzianych przepisami prawa oraz składania innych oświadczeń w związku z tym postępowaniem,
 - składania wyjaśnień dotyczących treści ofert oraz innych dokumentów składanych w postępowaniu,
 - prowadzenia korespondencji w toczącym się postępowaniu,

2) zawarcia umowy na realizację zamówienia publicznego.

Niniejsze pełnomocnictwo nie uprawnia do udzielenia dalszych pełnomocnictw w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w przetargu nieograniczonym na:

DOSTAWA IMPLANTÓW ORAZ AKCESORIÓW DO IMPLANTÓW

Numer referencyjny: ZP-24-013UN

Sonova Audiological Care Polska Sp. z o.o., Jarosław Widomski

.....
Nazwa firmy, Imię i nazwisko osoby upoważnionej do udzielenia pełnomocnictwa:

.....
Data, Podpis osoby upoważnionej do udzielenia pełnomocnictwa:

Sonova Audiological Care Polska Sp. z o.o., Adam Przybył

.....
Nazwa firmy, Imię i nazwisko osoby upoważnionej do udzielenia pełnomocnictwa:

.....
Data, Podpis osoby upoważnionej do udzielenia pełnomocnictwa: