**ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy/ imię i nazwisko Wykonawcy (w przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej) |  |
| Adres Wykonawcy: kod, miejscowość, ulica, nr lokalu |   |
| Nr telefonu |  |
| E-mail |  |
| NIP/ PESEL (w przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej) |  |
| NIP |  |

**OŚWIADCZENIE O ZASTRZEŻENIU INFORMACJI**

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

.....................................................................................................................................................

*(nazwa/firma Wykonawcy)*

ubiegając się o zamówienie publiczne na:

Zatrudnienie asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej. Działanie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022. Zadanie w ramach Funduszu Solidarnościowego

niniejszym oświadczamy, że zastrzegamy jako tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów *ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej* konkurencji (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1913 ze zm.) 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* (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1913 ze zm.)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/podpis zaufany złożony zgodnie z pkt 4.3.2. SWZ przez osobę(osoby) uprawnioną(-e) |