Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

www.zzozwadowice.pl

email: sekretariat@zzozwadowice.pl

Klauzule RODO: https://zzozwadowice.pl/rodo

***Załącznik nr 3***

***Oświadczenie o przeprowadzonej wizji lokalnej***

Oświadczam, że jako Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia, którego przedmiotem jest ***„Rozbudowa systemu kontroli dostępu w obiektach ZZOZ w Wadowicach”*** dokonałem wizji lokalnej w budynku szpitalnym, objętym przedmiotem zamówienia w obiekcie Zamawiającego zlokalizowanym na ul. Karmelickiej 5 ZZOZ w Wadowicach w dniu …………………………  
w obecności ……………………………………………………………………………..…………………………………………………………..

(imię i nazwisko pracownika działu technicznego)

i zapoznałem się z miejscem realizacji zamówienia, zakresem prac do wykonania, warunkami tam występującymi oraz z istniejącym stanem technicznym, których uwzględnienie niezbędne jest dla prawidłowej wyceny oferty. **Nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.**

*……………………………………………….. ……………………………………………*

*(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej   
do reprezentowania Wykonawcy)*