Załącznik nr 6 do SWZ

**MCPS.ZP/KBCH/351-34/2023 TP/U/S**

**Program wizyty**

**……………….………………………………………………….**

**(miejscowość, data)**

*Podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym  
przez osobę upoważnioną / osoby upoważnione  
do reprezentowania podmiotu trzeciego*