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 Dostawca ubiegający się o udzielenie zamówienia, którego przedmiotem jest ***dostawa i montaż szlabanu parkingowego na ulicy Szpitalnej dla ZZOZ
w Wadowicach*** dokonałem wizji lokalnej, w dniu ……………… w obecności ……………………………………………….. i zapoznałem się z miejscem realizacji zamówienia, zakresem prac do wykonania i warunkami tam występującymi, których uwzględnienie niezbędne jest dla prawidłowej wyceny oferty. **Nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.**

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

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