**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**
**im. J. Gromkowskiego**
51-149 Wrocław, ul. Koszarowa 5
NIP: 895-16-31-106, Regon: 000290469
*tel. cent. 71/325-03-56 do 59; 71/326-13-27 do 31; sekretariat 71/395-74-26; fax 71/326-06-22*

**Załącznik nr 13 do SWZ**
Nr sprawy: **PN 08/23**

**PROTOKÓŁ Z ODBYCIA WIZJI LOKALNEJ**

Nazwa Wykonawcy: ……

Adres Wykonawcy: …….

Przystępując do postepowania pn.: „**Opracowanie ostatecznej koncepcji oraz kompleksowej dokumentacji projektowej na budowę Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu**"
oświadczamy, że:
- w dniu ……202… r. przedstawiciel naszej firmy odbył wizję lokalną na terenie szpitala, gdzie zaznajomił się z dostępnymi warunkami technicznymi co do których nie wnosimy żadnych zastrzeżeń.

**Przedstawiciel Wykonawcy:**

…….  …….
(imię i nazwisko)  (czytelny podpis)

**Przedstawiciel Zamawiającego:**

…….  …….
(imię i nazwisko)  (czytelny podpis)