



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

Załącznik nr 3

.....

(pieczęć Wykonawcy)

Oświadczenie o przeprowadzonej wizji lokalnej

Oświadczam, że jako Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia, którego przedmiotem jest *dostawa i montaż mebli oraz wyposażenia do pomieszczeń Apteki Szpitalnej w Pawilonie C ZZOZ w Wadowicach* dokonałem wizji lokalnej budynku Pawilonu C, objętym przedmiotem zamówienia w obiekcie Zamawiającego zlokalizowanym przy ul. Karmelicka 5 ZZOZ w Wadowicach 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 Wykonawcy)