



**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

**Załącznik nr 10 do SWZ**  
Nr sprawy: **PN 15/24**

### **PROTOKÓŁ Z ODBYCIA WIZJI LOKALNEJ**

Nazwa Wykonawcy: .....

Adres Wykonawcy: .....

Przystępując do postępowania pn.: **PN 15/24** Dostawa wraz z montażem w miejscu użytkowania oraz przekazanie do użytku – **MEBLI MEDYCZNYCH i NIEMEDYCZNYCH** oraz **POZOSTAŁEGO WYPOSAŻENIA** – na potrzeby nowo powstałego oddziału rehabilitacji.

oświadczamy, że:

- w dniu .....2024r. 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)