

***Załącznik nr 1d potwierdzenie odbycia wizji lokalnej***

Dotyczy postępowania pn. Usługa bezpośredniej ochrony fizycznej stałej – dozoru mienia nieruchomości Specjalistycznego Szpital Wojewódzkiego w Ciechanowie przy ul. Długiej 9.

**Pełna nazwa Wykonawcy:**

**Adres Wykonawcy:**

Niniejszym potwierdzamy, że Pan/Pani……………………………………………………………………………………………

jako przedstawiciel firmy………………………………………………………………………….…………….  
z siedzibą………………………………………………………………………........................ odbył wizje lokalną w dniu ……………………………… w celu zapoznania się z warunkami zamówienia publicznego pn. Usługa bezpośredniej ochrony fizycznej stałej – dozoru mienia nieruchomości Specjalistycznego Szpital Wojewódzkiego w Ciechanowie przy ul. Długiej 9.

miejscowość:

data:

(podpis pieczątka imienna osoby upoważnionej do

w imieniu Zamawiającego)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Działając w imieniu i na rzecz………………………………….......................................................................................

(nazwa/firma, dokładny adres Wykonawcy)

………….............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................

oświadczamy, że dokonaliśmy wizji lokalnej, zapoznaliśmy się z warunkami realizacji przedmiotu niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń

|  |
| --- |
| Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty |