

***Załącznik nr 3 – protokół z wizji lokalnej***

dotyczy postępowania znak. ZP/2501/02/25 – Wykonanie robót budowlanych polegających na przebudowie i rozbudowie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie.

**Pełna nazwa Wykonawcy:**

**Adres Wykonawcy:**

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

jako osoba upoważniona z ramienia Wykonawcy………………………………………………………………………….…………….  
z siedzibą………………………………………………………………………........................ odbył wizje lokalną w dniu ……………………………… w celu zapoznania się z warunkami zamówienia publicznego na dotyczy postępowania

……………………… Wykonanie robót budowlanych w ramach projektu pn. „Wykonanie robót budowlanych polegających na przebudowie i rozbudowie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie.

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

|  |
| --- |
| kwalifikowany podpis elektroniczny |