

(pieczęć firmy)

Załącznik nr 10

NAZWA

AD RES.....

TELEFON

E-MAIL

REGON.....

N I P

POTWIERDZENIE WIZJI LOKALNEJ

Niniejszym potwierdzamy, że Pan/Pani.....
jako przedstawiciel firmy z siedzibą
..... odbył wizję lokalną w dniu w celu zapoznania się
z warunkami realizacji zamówienia pn. **Opracowanie dokumentacji technicznej , projektowej i wykonawczej przebudowy i rozbudowy wraz z wewnętrznymi instalacjami oraz dostosowaniem do osób niepełnosprawnych budynku po poszkolnego na potrzeby Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Dorosłych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie normami, przepisami i wytycznymi związanymi z realizacją projektu.**

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis 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

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis i pieczęć firmowa

Szpital Psychiatryczny
SP ZOZ w Węgorzewie
11-600 Węgorzewo
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66
F: 87 427 27 85
E: kancelaria@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl
W: www.szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl

ZOLP Rudziszki 87 437 80 13
WOTUW Giżycko 87 428 40 30
PZP Giżycko 87 429 13 98
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu
Zarządzania Jakością
ISO 9001:2015
Nr. 200623/A/0001/UK/Po

Szpital Psychiatryczny
SP ZOZ w Węgorzewie
11-600 Węgorzewo
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66
F: 87 427 27 85
E: kancelaria@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl
W: www.szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl

ZOLP Rudziszki 87 437 80 13
WOTUW Giżycko 87 428 40 30
PZP Giżycko 87 429 13 98
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu
Zarządzania Jakością
ISO 9001:2015
Nr. 200623/A/0001/UK/Po