Nr sprawy: 21/PN/ND.ZP/2018

Załącznik nr 3 do SIWZ

Samodzielny Publiczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Kozienicach
ul. Al. Wł. Sikorskiego 10
26-900 Kozienice

POTWIERDZENIE ODBYCIA WIZJI LOKALNEJ

Niniejszym potwierdzamy, że Pan/Pani…….

Jako przedstawiciel firmy ……..…….

z siedzibą ……. odbył wizje lokalną w dniu ……

w celu zapoznania się z warunkami realizacji projektu pn. „**Termomodernizacja budynków SP ZZOZ w Kozienicach**" w ramach programu 4.2 Efektywność energetyczna

Miejscowość, ……..dnia……

……

(podpis osoby lub osób uprawionych do reprezentowania 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), dnia ……

…….……

Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)
do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej
do występowania w jego imieniu