



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

51-149 Wrocław, ul. Koszarowa 5

NIP: 895-16-31-106, Regon: 000290469

tel. cent. 71/325-03-56 do 59; 71/326-13-27 do 31; sekretariat 71/395-74-26; fax 71/326-06-22



**DOLNY
ŚLĄSK**

Załącznik nr 4

Nr sprawy: **ZO/41/AT /23**

PROTOKÓŁ Z ODBYCIA WIZJI LOKALNEJ

Nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

Przystępując do postępowania: **ZO/41 /23/AT -Zakup, dostawa, demontaż i montaż klimatyzacji 7 sztuk w budynkach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.**

1. oświadczamy, że:

- w dniu **2023 r.** 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)

