

WIZJA LOKALNA**Do Zamawiającego:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Złocińcu**
reprezentowany przez Ewę Giza – Dyrektor Szpitala
ul. Kańsko 1
78-520 Złocieniec

Przedmiot zamówienia:**Audyt energetyczny budynku głównego**Nr zamówienia: **1/12/2023****Wykonawca:**

.....
.....
.....
(Nazwa i adres Wykonawcy)

Zamawiający potwierdza, że Wykonawca dokonał wizji lokalnej w dniu

.....
(podpis i pieczęć Zamawiającego)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI

Oświadczam/y, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.