**Wizja lokalna**

**Załącznik nr 5 do SWZ**

Znak Sprawy: **PCM/ZP 04/I/2022**

Nazwa Wykonawcy..............................................................................................................................................................

Adres:...........................................................................................................................................................................................

NIP:........................................................................................ REGON.......................................................................................

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

jako przedstawiciel firmy……………………………………………………………………..

z siedzibą………………………………………………………………………........................ odbył wizje lokalną w dniu ……………………………… w celu zapoznania się z warunkami zamówienia publicznego prowadzonego w trybie w trybie podstawowym bez negocjacji, na wykonanie instalacji gazów medycznych

…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r.

…………………………………………

(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), dnia ………….……. r.

…………………………………………

podpis Wykonawcy