**Termin wizji lokalnej wyznacza się na 15.04.2020r. w godzinach od 10:00 do 11:00.**

Zamawiający informuje, iż zgodnie z pkt 3 ppkt. 3.6.SIWZ prosimy o zgłoszenie chęci uczestnictwa w wizji lokalnej należy kierować do Pana Marcina Pokorskiego na **adres e-mail: marcin.pokorski@szpital-orlowskiego.pl** , numer telefonu: 22 584 12 86 wraz z podaniem danych osobowych, tj. imię i nazwisko, nazwa i adres Wykonawcy oraz nr telefonu kontaktowego. Zamawiający zastrzega, iż każdy Wykonawca może zgłosić maksymalnie dwie osoby.