Załącznik nr 4 do SWZ 9/2024/DZP/PN

OŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZENIU WIZJI LOKALNEJ

Nazwa Wykonawcy ………………………………………………………………………………………………………….

Adres Wykonawcy ……………………………………………………………………………………………………………

Miejscowość …………………………………….. Data ……………………………………………………

Oświadczam, że w dniu ………………………………………. dokonałam/łem wizji lokalnej i zapoznałam/łem się z zakresem prac koniecznych do wykonania oraz czynnikami cenotwórczymi związanymi z zamówieniem, celem uwzględnienia ich w realizacji zamówienia pod nazwą: **Usługa utrzymania czystości w pomieszczeniach szpitalnych i biurowych, sprawa 9/2024/DZP/PN**

Potwierdzam odbycie wizji lokalnej przez przedstawiciela ww. firmy.

……………………………………………………………… …………………………………………………………

Data, podpis przedstawiciela Wykonawcy Data, podpis przedstawiciela Zamawiającego