



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Załącznik nr 8 do SWZ
Nr sprawy: **TP 45/24**

PROTOKÓŁ Z ODBYCIA WIZJI LOKALNEJ

Nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

Przystępując do postępowania pn.:

PN 45/24-Dostawa rezonansu magnetycznego wraz z adaptacją i wyposażeniem pomieszczeń

oświadczamy, że:

- w dniu2024 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)

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl



**DOLNY
ŚLĄSK**