

OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE O DOKONANIU WIZJI LOKALNEJ

Nazwa Przyjmującego Zamówienie:.....

Adres :.....

Telefon/faks:

Przystępując do konkursu ofert Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej dla pacjentów Szpitala Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie wraz z udostępnieniem Przyjmującemu zamówienie pomieszczeń na podstawie umowy najmu na czas trwania umowy

.....

(imię i nazwisko)

działający pod firmą:

w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy oświadczam, że:

dokonałiśmy wizji lokalnej w dniu i zapoznaliśmy się z miejscem realizacji zamówienia oraz warunkami tam występującymi, których uwzględnienie niezbędne jest dla prawidłowego wyliczenia ceny oferty.

....., dnia roku.

.....

(przedstawiciel Przyjmującego Zamówienie)