Załącznik nr 10 do SWZ

znak: DZP 2375/4/2024

……………………………………….….

(Wykonawca)

**PROTOKÓŁ Z ODBYCIA WIZJI LOKALNEJ\***

Przedmiot zamówienia:

***„Wykonanie zabezpieczenia przeciwpożarowego SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II- Etap C ”***

W dn. ………...2024r. w obiekcie ***SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA*** w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II, ul. M. Karłowicza 40 odbyła się wizja lokalna.

W wizji uczestniczyli:

Przedstawiciel Zamawiającego - …………………………………………………… / …………………………………….

(imię, nazwisko) (podpis)

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

Przedstawiciel Wykonawcy - ……………………………………………….. / ………………………………………………

(imię, nazwisko) (podpis)

…………………………….………………….. / …………………………………………………

(imię, nazwisko) (podpis)

***Uwaga:*** *Zamawiający odrzuci ofertę, jeżeli została ona złożona bez odbycia wizji lokalnej (art. 226 ust. 1 pkt 18 Pzp).*

*\*Wykonawca nie dołącza do oferty wypełnionego protokołu – protokół ten stanowić będzie wewnętrzny dokument Zamawiającego.*