

Załącznik nr 9 (Wykonawca dołącza do oferty)

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Pediatria Plus – dostosowanie infrastruktury do aktualnych standardów opieki pediatrycznej i psychiatrycznej – Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera UM. Im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu** (ZP-45/23)

POTWIERDZENIE UDZIAŁU W WIZJI LOKALNEJ (wzór):

Wykonawca:

Climamedic Sp. z o.o. Sp. k.

Reguły ul. Bodycha 73a

05-816 Michałowice

NIP 534-244-29-04, Regon 142311342


.....
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

Oświadczam, że w dniu 15.11.2023..... dokonałem wizji lokalnej i zapoznałem się z miejscem realizacji przedmiotu zamówienia.

15.11.2023.....
Data i podpis Wykonawcy

Potwierdzam odbycie wizji lokalnej:

15.11.23.....
Data i podpis pracownika Zamawiającego

The block contains a handwritten signature in blue ink and an official circular stamp. The stamp is from the 'P.O. Kancelaria Dyrektora Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera UM. Im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu'.