Załącznik nr 9

Znak sprawy: SPZOZ.DŚM-ZP.500.04.2020

**OŚWIADCZENIE**

**WYKONAWCY DOTYCZĄCE WIZJI LOKALNEJ**

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

Adres Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

telefon, faks, e-mail: …………………………………………………………………………..

Przystępując do konkursu ofert :

„**na udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących swym zakresem: diagnostykę laboratoryjną, mikrobiologię i serologię z prowadzeniem banku krwi”.**

w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy oświadczam, że:

1. dokonaliśmy wizji lokalnej w dniu ...................i zapoznaliśmy się z miejscem realizacji zamówienia oraz warunkami tam występującymi, których uwzględnienie niezbędne jest dla prawidłowego wyliczenia ceny oferty\*.
2. nie przeprowadzaliśmy wizji lokalnej miejsca realizacji zamówienia, wszelkie informacje niezbędne do złożenia oferty zaczerpnęliśmy z dokumentacji warunków konkursu, które Zamawiający zamieścił na swojej stronie internetowej i są one nam wystarczające prawidłowego wyliczenia ceny oferty\*.

…………………………… …………………………………………

*Data podpis osoby upoważnionej*

*\*niepotrzebne skreślić*