**Załącznik nr 3**

**POTWIERDZENIE ODBYCIA WIZJI LOKALNEJ**

Niniejszym potwierdzamy, że

Pan/Pani ………………………………………………………………………………………………….….

Jako przedstawiciel firmy ……………………………………………………………………………  
z siedzibą ……………………………………………………………………………………………..……

Odbył wizje lokalną w dniu 26.01.2026 o godz. 10.00 w Szpitalu w Kamieniu Pomorskim Sp. Z o.o. w celu zapoznania się z warunkami Zapytania ofertowego na „Dostawę i montaż drzwi wejściowych automatycznych”

26.01.2026r Kamień Pom. ………………………………………………………….

*Miejscowość i Data Podpis i pieczęć przedstawiciela Zamawiającego*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Działając w imieniu i na rzecz (nazwa/firma, dokładny adres Wykonawcy) …………............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*..................................................................................................................................*

**oświadczamy, że**

dokonaliśmy wizji lokalnej w celu zapoznania się z warunkami Zapytania Ofertowego na „Dostawę i montaż drzwi wejściowych automatycznych” i przyjmujemy je bez zastrzeżeń.

26.01.2026 Kamień Pom ……………………………………………

*Miejscowość i data Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*