**Załącznik nr 4 – Protokół z wizji lokalnej**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Miejscowość, data*

**PROTOKÓŁ Z WIZJI LOKALNEJ**

W dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ w godzinach od \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_ na terenie Śląskiego Szpitala Urologicznego w Katowicach, ul. Strzelecka 9, 40-073 Katowice, odbyła się wizja lokalna w ramach **zapytania ofertowego nr 2025-10592-255570** na dostawę, montaż i uruchomienie Systemu Rezonansu Magnetycznego 1,5 T (1 komplet).

W wizji lokalnej uczestniczył/li przedstawiciel/e Oferenta (nazwa i adres Oferenta) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

1. (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Przedstawiciel/e Oferenta oświadczają, że zapoznał/li się z obiektem, uwarunkowaniami lokalnymi, stanem technicznym, rozwiązaniami technologicznymi i infrastrukturą techniczną Szpitala oraz możliwą drogą dostawy i transportu przedmiotu zamówienia.

Ze strony Oferenta: Ze strony Zamawiającego:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Czytelne podpisy osób biorących udział w wizji lokalnej*