

**Załącznik nr 5. Protokół z wizji lokalnej**

Dane Oferenta:

.....  
.....

Pełna nazwa i adres firmy

.....

NIP Oferenta

.....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do składania oferty w imieniu Oferenta

.....

Numer tel. kontaktowego osoby upoważnionej do składania oferty w imieniu Oferenta

.....

Adres e-mail osoby upoważnionej do składania oferty w imieniu Oferenta

**Protokół z wizji lokalnej**

Zamawiający potwierdza, że w dniu..... odbyła się wizja lokalna w Szpitalu Główno  
Grupa Zdrowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Wojska Polskiego 32/34, , 95-015  
Główno (powiat zgierski, województwo łódzkie) w obecności potencjalnego oferenta tj. firmy:

.....

.....

Miejscowość i data

.....

(podpis osoby biorącej udział w wizji lokalnej w imieniu Oferenta)

.....

(podpis osoby biorącej udział w wizji lokalnej w imieniu Zamawiającego)