**Załącznik nr 6. 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 Głowno Grupa Zdrowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Wojska Polskiego 32/34, 95-015 Głowno (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)