



## Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

---

**Załącznik nr 4**

.....  
(pieczęć Wykonawcy)

### **Oświadczenie o przeprowadzonej wizji lokalnej**

Oświadczam, że jako Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia, którego przedmiotem jest *Wyburzenie budynku warsztatów przy ul. Wojska Polskiego ZZOZ w Wadowicach* dokonałem wizji lokalnej budynku warsztatów, objętych przedmiotem zamówienia w obiekcie Zamawiającego zlokalizowanym przy ul. Wojska Polskiego ZZOZ w Wadowicach w dniu ..... w obecności ..... i zapoznałem się z miejscem realizacji zamówienia, zakresem prac do wykonania i warunkami tam występującymi, których uwzględnienie niezbędne jest dla prawidłowej wyceny oferty. **Nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)