*Załącznik nr* ***6*** *do SWZ*

..........................................................................

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**o odbyciu wizji lokalnej**

Oświadczam, że w dniu ..................................... przedstawiciel Wykonawcy

........................................................................................................................................

*(osoba dokonująca wizji)*

dokonał(a) wizji lokalnej na zadaniu obejmującym:

**Zmiana sposobu użytkowania części budynku usługowego (budynku lokatorsko-własnościowego spółdzielni mieszkaniowej „Lokatorek”) na Centrum Zdrowia Psychicznego w Toszku (Zespół Leczenia Środowiskowego i Oddział Dzienny Psychiatryczny w Knurowie ul. Armii Krajowej 1, 44-190 Knurów)**

W czynnościach odbycia wizji lokalnej ze strony Zamawiającego uczestniczyli:

..................................................................... ........................................................

*(Osoba uczestnicząca ze strony Zamawiającego)* *(podpis)*

..................................................................... ........................................................

*(Osoba uczestnicząca ze strony Zamawiającego)* *(podpis)*

W oparciu o dokonaną wizję oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami oraz specyfiką robót dot. Zmiany sposobu użytkowania części budynku usługowego (budynku lokatorsko-własnościowego spółdzielni mieszkaniowej „Lokatorek”) na Centrum Zdrowia Psychicznego w Toszku (Zespół Leczenia Środowiskowego  
i Oddział Dzienny Psychiatryczny w Knurowie ul. Armii Krajowej 1, 44-190 Knurów) Psychiatrycznego i nie wnosimy zastrzeżeń oraz uwag do specyfikacji warunków zamówienia nr 7/TP/DEG/SP/2025.

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowania Wykonawcy.***