**Załącznik Nr 8 do SWZ**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej**

**ul. Ogińskiego 6**

**58-506 Jelenia Góra**

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………………………………………………………..………………………………………..…………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………………………..………

…………………………………………………………………………………..………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**POŚWIADCZENIE**

**dotyczące odbycia wizji lokalnej**

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia publicznego w ramach postępowania prowadzonego w trybie podstawowym pn.: **Wykonanie Projektów Koncepcyjnych i Programów Funkcjonalno-Użytkowych wraz z technologią wyposażenia, urządzeń i sprzętu oraz szacunkowymi kosztami dla 4 zadań inwestycyjnych.**

**NR REF: ZP/PN/36/08/2024,** prowadzonego przez Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej, niniejszym Zamawiający poświadcza fakt odbycia wizji lokalnej przez Wykonawcę.

Wizja lokalna odbyła się w dniu ……………w godzinach od ……… do ………

……….………………………………………

*Podpis przedstawiciela Zamawiającego wskazanego w SWZ*

Data, miejscowość oraz podpis(-y):

………………………………………………………………………………………………………………………..

(Dokument składany, pod rygorem nieważności, w formie elektronicznej lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy.)