*Załącznik nr 7 do SWZ*

**OŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZENIU WIZJI LOKALNEJ**

………………………………………………………

………………………………………………………

Nazwa i adres Wykonawcy

Oświadczam, że w dniu ………………… dokonałam/łem wizji lokalnej i zapoznałam/łem się z warunkami pracy związanymi z przedmiotem zamówienia, celem uwzględnienia ich w realizacji zamówienia pod nazwą: „Świadczenie usług całodziennego żywienia pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Marii Skłodowskiej- Curie w Zgierzu. Jednocześnie oświadczam, że ponoszę pełną odpowiedzialność za ich znajomość.

………………………………………………..

Data i Podpis przedstawiciela/li Wykonawcy

Potwierdzam odbycie wizji lokalnej przez przedstawiciela w/w firmy.

…………………………………………………..

Data i Podpis przedstawiciela/li Zamawiającego