***Załącznik nr 7***

**Potwierdzenie odbycia wizji lokalnej**

Nazwa i adres firmy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOBUDOWA I ROZBUDOWA BUDYNKU H CELEM UTWORZENIA ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO W SZPITALU POWIATOWYM W CHRZANOWIE – znak sprawy 25/2025**

Dofinansowanie w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności

Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”,

Inwestycja D4.1.1 „Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym”.

W dniu ……………………………….. przedstawiciel Wykonawcy Pan/Pani…………………………………………

Odbył/a wizję lokalną w miejscy realizacji przedmiotu Zamówienia.

…………….……………………………………………..

*podpis Wykonawcy*

Potwierdzam odbycie wizji lokalnej w dniu ………………………………………..

*podpis upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego*