

**OŚWIADCZENIE OFERENTA  
ŻE DOKONAŁ PRZEGLĄDU MIEJSC WYKONANIA PRZEGLĄDÓW  
KOMINIARSKICH WE WSZYSTKICH BUDYNKACH SP ZOZ.**

..... zamieszkały w .....

Imię Nazwisko

..... legitymujący się dowodem osobistym nr.....

działający w imieniu firmy .....

**oświadczam iż dokonałem przeglądu miejsc wykonania prac.**

- 1. Przychodnia Specjalistyczna 47-220 Kędzierzyn – Koźle ul. Harcerska 11.**
- 2. Budynek Szpitala 47 -220 Kędzierzyn – Koźle ul. Judyma 4.**
- 3. Szpital Dziecięcy 47 – 200 Kędzierzyn – Koźle ul. 24 Kwietnia 13.**
- 4. Przychodnia Przystępna 47 – 200 Kędzierzyn – Koźle ul.24 Kwietnia 7.**
- 5. Budynek Administracyjny 47 – 200 Kędzierzyn – Koźle ul.24 Kwietnia 5.**
- 6. Budynek „A” i „A-1” 47 – 200 Kędzierzyn – Koźle ul. Roosevelta 2.**
- 7. Budynek Gazów Medycznych 47 – 200 Kędzierzyn – Koźle ul. Roosevelta 2.**
- 8. Prosektorium 47 – 200 Kędzierzyn – Koźle ul. Roosevelta 2.**
- 9. Przychodnia Lekarza Rodzinnego 47 – 200 Kędzierzyn – Koźle ul. Roosevelta 2.**
- 10. Rejestr Usług Medycznych 47 – 200 Kędzierzyn – Koźle ul. Roosevelta 2.**
- 11. Budynek Kotłowni 47 – 200 Kędzierzyn – Koźle ul. Roosevelta 2.**

Data i podpis