Załącznik nr 2

Formularz oferty

dla:

Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku
44-200 Rybnik, ul. Energetyków 46

W imieniu:

Nazwa (firma) Oferenta: albo Imię i nazwisko Oferenta: Adres zamieszkania Oferenta (dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi):	....
Adres siedziby Oferenta (kod, miasto, ulica, nr):	....
Numer NIP i REGON Oferenta:	.....
Numer telefonu i faksu oraz e-mail:	.....

nawiązując do Informacji dla Oferentów
ogłoszonych w wydaniu lokalnym (katowicko-bielskim) Gazety Wyborczej w dniu **26.04.2018** roku oraz na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej Szpitala www.szpital.rybnik.pl.

w przetargu pisemnym nieograniczonym na dzierżawę wolnych powierzchni (pomieszczeń)
w SP ZOZ WSS Nr 3 w Rybniku.
TAG/575/P/2/2017

Składam ofertę na niżej wymienione powierzchnie:

1. Cena oferowana za nw. powierzchnię:

L.p.	Pomieszczenia/powierzchnie	Metraż	Oferowana cena netto czynszu miesięcznego (w zł)
1.	**Pomieszczenia nr:** **1/1, 1/2, 1/3, 1/4, 1/5, 1/6, 1/7, 1/8, 1/9, 1/10, 1/11, 1/12, 1/13** **Pawilon nr 2, Poziom 0**	**158,78 m²**	
		RAZEM:	

Do miesięcznej ceny netto czynszu naliczony zostanie aktualnie obowiązujący podatek VAT od towarów i usług

2. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z warunkami przetargu nieograniczonego określonymi w Informacji dla Oferentów i przyjmujemy je bez zastrzeżeń, w tym oświadczamy, że warunki umowy wraz ze wszystkimi jej załącznikami zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Wydzierżawiającego.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze stanem technicznym przedmiotu dzierżawy i nie wnoszę zastrzeżeń.
4. Oświadczamy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 60 dni.

5. Oświadczamy, iż wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania prosimy kierować na adres, faks lub adres poczty elektronicznej podany w nagłówku formularza oferty.
6. Oświadczamy, iż w dzierżawionej powierzchni (pomieszczeniach) prowadzona będzie działalność apteki ogólnodostępnej.
7. Dane do rachunku bankowego do zwrotu wadium: _____
8. Oświadczam, iż planowane zużycie niżej wymienionych mediów wynosić będzie w skali m-ca:

   energii elektrycznej [MWh].....
   wody zimnej [m³].....
   wody ciepłej [m³].....
9. Oświadczam, iż planowana ilość generowanych odpadów wynosić będzie w skali m-ca

   .....(litrów)
10. Oświadczam, że zobowiązuję się do prowadzenia gospodarki odpadami farmaceutycznymi pochodzącymi z prowadzonej działalności we własnym zakresie oraz na własny koszt.
11. Oświadczam, iż deklaruje chęć korzystania z aparatu i łącza telefonicznego (zaznaczyć znakiem „x" właściwy kwadrat)

    ☐ tak

    ☐ nie

Uwaga: poniższy punkt należy wypełnić tylko w przypadku powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego.

12. Jeżeli wybór Oferenta prowadziłby do powstania u Wydzierżawiającego powstanie obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, okoliczność tę należy wskazać w ofercie (zaznaczyć znakiem „x" właściwy kwadrat)

    ☐ tak

    ☐ nie

Załącznikami do Formularza oferty są:

2.1 Dowód wniesienia wadium.
2.2 Aktualna informacja z CEiDG lub z KRS

..... , dnia .....

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta)

* - niepotrzebnie skreślić

SPECJALISTA
ds. bieżącej eksploatacji
Andrzej Cytrynlak

Michał Sieroń
radca prawny

SPECJALISTA
w Dziale Techniczno-Eksploatacyjnym
inż. Barbara Tkocz

KIEROWNIK DZIAŁU
INFORMATYKI SZPITALNEJ
mgr inż. Ireneusz Magiera

SPECJALISTA
Dział Administracyjno-Gospodarczy
Anna Kamińska

STARSZY INSPEKTOR
ds. Inwentarza
Sabina Kubik

KIEROWNIK DZIAŁU
ADMINISTRACYJNO-GOSPODARCZEGO
Jolanta Olszak