



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI sp. z o.o.



**SOSNOWIECKI SZPITAL
MIEJSKI
sp. z o.o.**

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 4130 100

FAX (32) 4130 112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY
W SĄDZIE REJONOWYM
KATOWICE - WSCHÓD
W KATOWICACH
JEDZIAŁ VIII GOSPODARCZY
KRAJOWEGO REJESTRU
KRAJOWEGO POD NUMEREM
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY

72 847 000, 00

Załącznik nr 1

.....
(pieczęć firmowa)

Formularz oferty

Nazwa Oferenta:.....
Adres:.....
Regon:..... NIP:.....
telefon:..... fax:.....
e-mail:.....

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na „Najem/dzierżawa w okresie przyszłym tj. od dnia 29-05-2023 na okres 10 lat tj. do 30-05-2033r powierzchni nieruchomości należących do Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego Sp. zo.o. z przeznaczeniem na działalność niekonkurencyjną. Zawarcie umowy w pierwszym kwartale 2018r z okresem obowiązywania od roku 2023 i waloryzacją stawki ofertowej od 2018r. ul. Szpitalna 1 – 310 m² powierzchni, ul. Zegadłowicza 3 – 143,40m² powierzchni oferuję na warunkach określonych w Zaproszeniu kwotę :

netto słownie.....

VAT słownie.....

bruttosłownie.....

Oświadczamy, że:

- 1.Oświadczamy ,że zapoznaliśmy się z Zaproszeniem oraz jego załącznikami i nie wnosimy żadnych zastrzeżeń.
- 2.W przypadku wybrania naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

Data:.....

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy)