



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI

Sp. z o.o. w restrukturyzacji

Sosnowiec, 21.09.2023 r.



SOSNOWIECKI SZPITAL
MIEJSKI SP. Z O.O.
W RESTRUKTURYZACJI

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 41-30-100

FAX (32) 41-30-112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP: 6443504464

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

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
114 952 000,00ZŁ

Zaproszenie do składania ofert

Sosnowiecki Szpital Miejski Sp. z o.o. w restrukturyzacji zaprasza do składania ofert na:

„Najem pomieszczeń zlokalizowanych na II piętrze w budynku głównym Szpitala przy ul. Szpitalnej 1 w Sosnowcu ”

Opis przedmiotu najmu:

Przedmiotem najmu są pomieszczenia znajdujące się na II piętrze budynku głównego Szpitala przy ul. Szpitalnej 1 w Sosnowcu. Przedmiot najmu przeznaczony jest na prowadzenie działalności niekonkurencyjnej. Strony dopuszczają możliwość podnajmowania pomieszczeń za pisemną zgodą Wynajmującego. Powierzchnia przedmiotu najmu wynosi 301,40 m².

Warunki uczestnictwa:

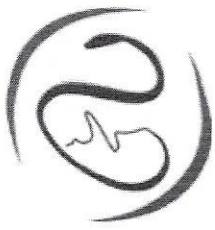
- każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę- ofertę sporządza się w formie pisemnej,
- dokładne oznaczenie oferenta- imię i nazwisko/ nazwę/ firmę/ oraz adres/ siedzibę/ , NIP, Regon, nr wpisu do właściwego rejestru (dotyczy osób prawnych), pesel (dotyczy osób fizycznych),
- podpis osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta,
- dokument potwierdzający, iż osoba która podpisała ofertę jest uprawniona do reprezentacji oferenta/ odpis KRS, zaświadczenie z ewidencji działalności gospodarczej, pełnomocnictwo/,
- oferta musi zawierać formularz ofertowy oraz wszystkie wymagane dokumenty określone w zaproszeniu (załącznik nr 1).

Oferta musi być złożona w terminie określonym w zaproszeniu oraz zgodnie z zapisami w niniejszym zaproszeniu i dostarczona w zamkniętej kopercie pod adres kancelarii Szpitala I piętro ul. Zegadłowicza 3. Koperta winna być opisana w sposób następujący:

„Oferta na najem pomieszczeń zlokalizowanych na II piętrze w budynku głównym Szpitala przy ul. Szpitalnej 1 w Sosnowcu.”

F. Ch

Sad *L 2 17*



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI

Sp. z o.o. w restrukturyzacji



SOSNOWIECKI SZPITAL
MIEJSKI SP. Z O.O.
W RESTRUKTURYZACJI

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 41-30-100

FAX (32) 41-30-112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP: 6443504464

ZAREJESTROWANY
W SĄDZIE REJONOWYM
KATOWICE-WŚCHÓD
W KATOWICACH
WYDZIAŁ VIII
GOSPODARCZY
KRAJOWEGO REJESTRU
SĄDOWEGO POD
NUMEREM
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
114 952 000,00ZŁ

Wizja lokalna:

Szpital dopuszcza przeprowadzenie wizji lokalnej na wniosek zainteresowanych.

Wniosek należy przesłać na e-mail: bczaja@szpital.sosnowiec.pl

O terminie wizji Szpital powiadomi e-mailem i na stronie postępowania.

Termin składania i otwarcia ofert:

- termin składania ofert upływa 27.09.2023r. godz. 10:00

-termin otwarcia ofert 27.09.2023r. godz. 13:00 w obiekcie Szpitala w Dziale Administracyjnym przy ul. Szpitalnej 1 w Sosnowcu – III piętro.

Kryteria oceny ofert:

O wyborze oferty decydować będzie kryterium ceny brutto za 1m2 na miesiąc (przy spełnieniu wszystkich warunków przedstawionych w Zaproszeniu). W przypadku złożenia więcej niż 1 oferty na tą samą kwotę Wynajmujący zastrzega sobie możliwość przeprowadzenia negocjacji z oferentami.

Klauzula Informacyjna dotycząca prowadzonego zaproszenia do składania ofert.

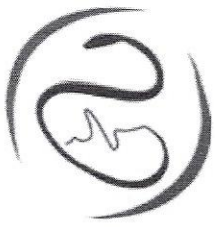
Administratorem Państwa danych osobowych jest Sosnowiecki Szpital Miejski Sp. z o. o. w restrukturyzacji, 41-219 Sosnowiec ul. Szpitalna 1, e-mail: sekretariat@szpital.sosnowiec.pl, centrala tel. 32/ 41-30-100. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych e-mail iodo@szpital.sosnowiec.pl

Podanie danych osobowych w Ofercie jest dobrowolne, lecz konieczne do przeprowadzenia zapytania ofertowego. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wzięcia udziału w prowadzonym zapytaniu ofertowym. Dane wykraczające poza zakres obowiązkowy, takie jak numer telefonu lub adres e-mail, podawane są dobrowolnie i służą do kontaktu w celu przeprowadzenia negocjacji, ustalenia terminów dostaw itp.

Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 pkt. a i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO). Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści przekazanych nam w ofercie danych osobo-

3.09

4.09



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI

Sp. z o.o. w restrukturyzacji



SOSNOWIECKI SZPITAL
MIEJSKI SP. Z O.O.
W RESTRUKTURYZACJI

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 41-30-100

FAX (32) 41-30-112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP: 6443504464

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

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
114 952 000,00ZŁ

wych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczania przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie danych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Dane osobowe będą przetwarzane do momentu zakończenia okresu związania ofertą, w przypadku nie zawarcia umowy, czyli przez 30 dni od dnia składania ofert wyznaczonego przez Zamawiającego i może być na jego prośbę przedłużany.

Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu.

Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych zawartych w ofercie do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

Niniejsze Zaproszenie nie stanowi zobowiązania Zamawiającego do oddania w najem pomieszczeń, o których mowa wyżej. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odstąpienia od rozstrzygnięcia postępowania bez podania przyczyny.

Do kontaktu z Oferentami upoważniona jest:

Beata Czaja- tel. (032) 41 30 167, e-mail: bczaja@szpital.sosnowiec.pl

Załączniki:

1. Formularz oferty

CZŁONEK ZARZĄDU

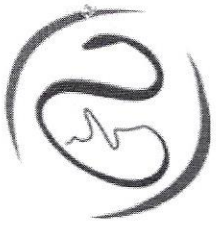
Krzysztof Lehnort

PREZES ZARZĄDU

Aneta Kawka

RADCA PRAWNY
Marta Wiosna
KT4225

B. Czaja



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI

Sp. z o.o. w restrukturyzacji



SOSNOWIECKI SZPITAL
MIEJSKI SP. Z O.O.
W RESTRUKTURYZACJI

41-219 SOSNOWIEC
UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 41-30-100

FAX (32) 41-30-112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP: 6443504464

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

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
114 952 000,00ZŁ

Załącznik nr 1

data _____

(pieczęć firmowa)

Formularz oferty

Nazwa Oferenta: _____

Adres: _____

Regon: _____ NIP: _____

PESEL _____ (dot. osoby fizycznej)

nr we właściwym rejestrze _____ (dot. osoby prawnej)

telefon: _____ Fax: _____

e-mail _____

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na „Najem pomieszczeń zlokalizowanych na II piętrze w budynku głównym Szpitala przy ul. Szpitalnej 1 w Sosnowcu ” oferuję na warunkach określonych w zaproszeniu kwotę:

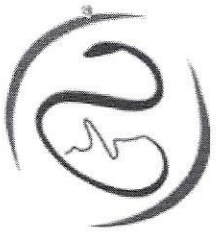
netto: _____ zł / m2 miesięcznie

słownie _____

+23% VAT, co czyni kwotę

brutto _____ zł / m2 miesięcznie

słownie _____



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI

Sp. z o.o. w restrukturyzacji



SOSNOWIECKI SZPITAL
MIEJSKI SP. Z O.O.
W RESTRUKTURYZACJI

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 41-30-100

FAX (32) 41-30-112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP: 6443504464

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

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
114 952 000,00ZŁ

Oświadczam, że :

1. Zapoznałem się z Zaproszeniem do składania ofert oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.
2. W przypadku wyboru złożonej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy.

Data:

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

3.05