

# 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](http://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 oferty na:

**„Najem pomieszczeń zlokalizowanych w budynku wolnostojącym znajdującym się na terenie Szpitala przy ul. Szpitalnej 1 w Sosnowcu ”**

#### Opis przedmiotu najmu:

Przedmiotem najmu są pomieszczenia znajdujące się w budynku wolnostojącym zlokalizowanym na terenie 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 166,41 m<sup>2</sup>.

#### 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).

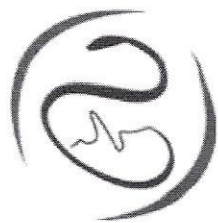
Oferta musi być złożona w terminie określonym w zaproszeniu oraz zgodnie z zapisami w niniejszym zaproszeniu i dostarczona w zamkniętej kopercie pod adres kancelarii Szpitala I piętro ul. Zegadłowicza 3. Koperta winna być opisana w sposób następujący:

**„Oferta na najem pomieszczeń zlokalizowanych w budynku wolnostojącym znajdującym się na terenie Szpitala przy ul. Szpitalnej 1 w Sosnowcu.”**

*p. Cyp*

*S1002*

*2201*



# 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](http://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

### Wizja lokalna:

Szpital dopuszcza przeprowadzenie wizji lokalnej na wniosek zainteresowanych.

Wniosek należy przesłać na e-mail: [bczaja@szpital.sosnowiec.pl](mailto: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](mailto:sekretariat@szpital.sosnowiec.pl), centrala tel. 32/ 41-30-100. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych e-mail [iodo@szpital.sosnowiec.pl](mailto:iodo@szpital.sosnowiec.pl)

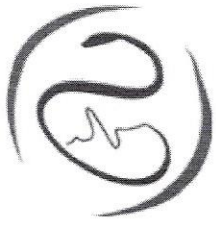
Podanie danych osobowych w Ofercie jest dobrowolne, lecz konieczne do przeprowadzenia zapytania ofertowego. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wzięcia udziału w prowadzonym zapytaniu ofertowym. Dane wykraczające poza zakres obowiązkowy, takie jak numer telefonu lub adres 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 osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczania przetwarzania, prawo do

*P. C. H.*

*S. J.*

*L 2 2 7*



# 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](http://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

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 udzielenia zlecenia. 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](mailto:bczaja@szpital.sosnowiec.pl)

### Załączniki:

1. Formularz oferty

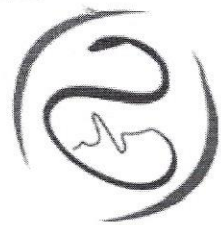
CZŁONEK ZARZĄDU

  
Krzysztof Lehnort

PREZES ZARZĄDU

  
Aneta Kawka

RADCA PRAWNY  
  
KT 4225



# SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI

## Sp. z o.o. w restrukturyzacji

Załącznik nr 1

data \_\_\_\_\_

(pieczęć firmowa)



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](http://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

### 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 w budynku wolnostojącym znajdującym się na terenie Szpitala przy ul. Szpitalnej 1 w Sosnowcu.**” oferuję na warunkach określonych w zaproszeniu kwotę:

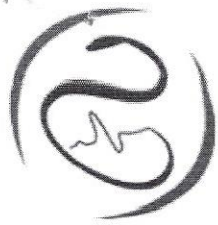
netto: \_\_\_\_\_ zł / m2 miesięcznie

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](http://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 pieczęć osoby upoważnionej  
do reprezentowania firmy)

Ł. Olsz