



**Specjalistyczny Szpital Wojewódzki
w Ciechanowie**
06-400 Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2

Centrala : (023) 672 32 71-3, Sekretariat: (023) 672 31 27, Fax: (023) 672 27 64
e-mail: sekretariat@szpitalciechanow.com.pl
NIP 566-10-19-200 REGON 000311622

I. Dane Oferenta:

OFERTA			
Pełna nazwa:			
Adres:			
województwo			
NIP:		REGON:	
strona www:		adres e-mail:	
nr telefonów			

II. Przedmiot oferty:

Oferta dotyczy postępowania przetargowego Specjalistycznego Szpitala w Ciechanowie z dnia

III. Informacje dotyczące oferty:

L.p.	Przedmiot oferty	Wypełnia oferent
1.	Cena oferty czynszu za 1 m ²	netto: brutto:
2.	Ilość m ²	m ² :

IV. Oświadczenia

Oświadczam, że:

1. w cenie mojej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wynajmu;
2. zapoznałem/am się z warunkami przetargu oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
3. uważam się za związany niniejszą ofertą na okres 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem);
4. akceptuję, iż zapłata za wynajem następować będzie na zasadach opisanych we wzorze umowy w terminie do dnia 15-go każdego miesiąca kalendarzowego na podstawie faktury wystawionej przez Wynajmującego;
5. zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną z art. 13 RODO opublikowaną na stronie internetowej zamawiającego i akceptuję jego treść, w związku z moim uczestnictwem w postępowaniu o udzieleniu zamówienia publicznego.

miejsowość:	
data:	

.....
(podpis pieczętka imienna osoby upoważnionej
do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta)