



**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:**

**O F E R T A**

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 z 1 m <sup>2</sup>	netto:	brutto:

**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)