

Załącznik nr 1

Dotyczy przetargu na dzierżawę pomieszczeń numer: **1036, 1037 i 1038** o łącznej powierzchni **40,50 m²** oraz części korytarza + wc o powierzchni **40,50 m²** znajdujących się na **Pierwszym Piętrze** budynku **D** z przeznaczeniem na potrzeby prowadzenia działalności leczniczej w zakresie poradni neurologicznej – świadczenie ambulatoryjnych usług medycznych **ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu dnia 10.02.2022r.**

Przedmiot dzierżawy:

1. Adres **Elbląg, ul. Królewiecka 146 (działka 6/4)**
2. Budynek **D**
3. Kondygnacja **Pierwsze Piętro**
4. Lokalizacja **Gabinet i część korytarza + WC**
5. Powierzchnia -numer/powierzchnia/ogółem powierzchnia/udział w pomieszczeniu/ pow. Zredukowana. Pomieszczenia o numerach: **1036 - 14,20 m², 1037 - 12,80 m² i 1038 - 13,50 m²** oraz części korytarza + wc o powierzchni **40,50 m²**. Łączna powierzchnia dzierżawy to **81,00 m²** znajdujące się na **Pierwszym Piętrze** w budynku **D**- częstotliwość wykorzystania: **codziennie - 1,0 (współczynnik częstotliwości dzierżawy)**.
6. Powierzchnia dzierżawy (**81,00 m²**) z przeznaczeniem na potrzeby prowadzenia działalności leczniczej w zakresie poradni neurologicznej – świadczenie ambulatoryjnych usług medycznych.
7. Media na wyposażeniu pomieszczenia: prąd, woda, c.o.
8. Okres dzierżawy - **do 3 lat**
9. Dostępność do przedmiotu dzierżawy (dwa razy w miesiącu).
10. Termin graniczny do złożenia **25.02.2022r. godzina 10:00.**

Oferta:

1. Nazwa oferenta (taka jak przy rejestracji)
2. Adres:
3. NIP, REGON:
4. Osoba do kontaktów:
5. Telefon
6. E-mail:
7. Dni tygodnia i godziny wykorzystania: **codziennie.**
8. Okres dzierżawy: **do 3 lat**
9. Pełnomocnictwo lub inny dokument (aktualny odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej) stwierdzający prawo osób do składania w jego imieniu oświadczeń woli oraz reprezentowanie oferenta w przetargu.
10. Stawka:

..... (zł brutto) x 81,00 m² x 1,0 (współczynnik częstotliwości dzierżawy) =zł
brutto/miesiąc

minimalna stawka 59,88 zł/m² brutto

podpis

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że w wyniku prowadzonej przeze mnie działalności **wytwarzam/nie wytwarzam*** odpady medyczne.

Jednocześnie w razie wystąpienia jakichkolwiek zmian dotyczących wytwarzania odpadów medycznych, zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym Sekcję Inwestycji i Remontów WSZ w Elblągu w formie pisemnej.

podpis

* Niepotrzebne skreślić