

Załącznik nr 1

Dotyczy przetargu na dzierżawę pomieszczenia numer **18** o powierzchni **12,90 m²** wraz z korytarzem + WC o powierzchni **12,90 m²** z przeznaczeniem na świadczenie usług medycznych w zakresie porad internistycznych i diabetologii znajdujące się na **Wysokim Parterze** budynku **D**. Łączna powierzchnia do dzierżawy to **25,80 m²**, ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu dnia 10.02.2022 r.

Przedmiot dzierżawy:

1. Adres **Elbląg, ul. Królewiecka 146 (działka 6/4)**
2. Budynek **D**
3. Kondygnacja **Wysoki Parter**
4. Lokalizacja **Gabinet i korytarz + WC**
5. Powierzchnia -numer/powierzchnia/ogółem powierzchnia/udział w pomieszczeniu/ pow. zredukowana Gabinet numer **18** o powierzchni **12,90 m²** wraz z korytarzem + WC o powierzchni **12,90 m²** z przeznaczeniem na świadczenie usług medycznych w zakresie porad internistycznych i diabetologii, znajdujące się na **Wysokim Parterze** w budynku **D**. Łączna powierzchnia do dzierżawy to **25,80 m²**. Częstotliwość wykorzystania: **raz w tygodniu - 0,1816 (współczynnik częstotliwości dzierżawy)**.
6. Powierzchnia dzierżawy (**25,80 m²**) z przeznaczeniem na potrzeby świadczeń medycznych w zakresie porad internistycznych i diabetologii.
7. Media na wyposażeniu pomieszczenia: prąd, woda, c.o.
8. Okres dzierżawy - **do 3 lat**.
9. Dostępność do przedmiotu dzierżawy (**raz w tygodniu**).
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: **raz w tygodniu**
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 25,80 m² x 0,1816 (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