

Załącznik nr 1

Dotyczy przetargu na dzierżawę pomieszczeń numer: **21, 22, 23 i 16** oraz części korytarza + WC o łącznej powierzchni **165,40 m²** znajdujących się na **Wysokim Parterze** budynku **D** z przeznaczeniem na potrzeby świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii, **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 **Gabinety oraz części korytarza + WC**
5. Powierzchnia -numer/powierzchnia/ogółem powierzchnia/udział w pomieszczeniu/ pow. zredukowana. Pomieszczenia mają następującą powierzchnię: **pomieszczenie numer 21 – 19,40m², pomieszczenie numer 22 - 20,20 m², pomieszczenie numer 23 -20,10 m², pomieszczenie numer 16 - 23,00 m²** oraz część korytarza + wc o powierzchni **82,70 m²**. **Łączna powierzchnia dzierżawy to 165,40 m²**. Częstotliwość wykorzystania: **codziennie - 1,0 (współczynnik częstotliwości dzierżawy)**.
6. Powierzchnia dzierżawy (**165,40 m²**) z przeznaczeniem na potrzeby świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii.
7. Media na wyposażeniu pomieszczenia: prąd, woda, c.o.
8. Okres dzierżawy - **do 3 lat**
9. Dostępność do przedmiotu dzierżawy (**codziennie**).
10. Termin graniczny do złożenia **25.02.2022 r. 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 165,40 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