

Załącznik nr 1

Dotyczy przetargu na dzierżawę pomieszczeń numer: 01/1, 01/03, 01/04, 01/10, 191, 192, 193 o łącznej powierzchni 120,57 m², znajdujących się na Wysokim Parterze budynku C z przeznaczeniem na potrzeby prowadzenia świadczeń zdrowotnych następujących rodzajów: „Usługi i świadczenia medyczne w zakresie Diagnostyki Inwazyjnej Chorób Układu Krążenia” ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu dnia 28.03.2022r.

Przedmiot dzierżawy:

1. Adres **Elbląg, ul. Królewiecka 146 (działka 6/4)**
2. Budynek **C**
3. Kondygnacja **Wysoki Parter**
4. Lokalizacja **Pomieszczenia**
5. Powierzchnia- numer /powierzchnia/ogółem powierzchnia/udział w pomieszczeniu/pow. zredukowana.
Pomieszczenia o numerach: 01/1 – 39,40 m², 01/03 - 8,30 m², 01/4- 5,40 m², 01/10 - 11,70 m², 191 – 9,91 m², 192-9,56 m², 193 - 36,30 m² znajdują się na Wysokim Parterze budynku C. Łączna powierzchnia dzierżawy to **120,57 m²**. Częstotliwość wykorzystania: dwa razy w tygodniu – **0,2** (współczynnik częstotliwości dzierżawy). Powierzchnia dzierżawy (**120,57 m²**) .
6. Powierzchnia dzierżawy (120,57 m²) z przeznaczeniem na potrzeby prowadzenia Usług i świadczeń medycznych w zakresie Diagnostyki Inwazyjnej Chorób Układu Krążenia.
7. Media na wyposażeniu pomieszczenia: prąd, woda, c.o.
8. Okres dzierżawy - **do 3 lat.**
9. Dostępność do przedmiotu dzierżawy: **dwa razy w tygodniu.**
10. Termin graniczny do złożenia **11.04.2022r. 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: **dwa razy 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 120,57 m² x 0,2 (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