

Załącznik nr 1

Dotyczy przetargu na dzierżawę pomieszczenia numer **1034** o powierzchni **13,70 m²** i części korytarza + wc o powierzchni **13,70 m²** znajdującego się na **Pierwszym Piętrze** budynku **D**. Łączna powierzchnia do dzierżawy to **27,40 m²** z przeznaczeniem na potrzeby świadczeń medycznych w zakresie neurologii i epileptologii 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 oraz WC**
5. Powierzchnia - numer/powierzchnia/ogółem powierzchnia/udział w pomieszczeniu/ pow. zredukowana
Pomieszczenie o numerze **1034** o powierzchni **13,70 m²** i część korytarza + wc o powierzchni **13,70 m²** znajduje się na **Pierwszym Piętrze** w budynku **D**. Częstotliwość wykorzystania: **codziennie - 1,0 (współczynnik częstotliwości dzierżawy)**.
6. Powierzchnia dzierżawy (**27,40 m²**) z przeznaczeniem na potrzeby świadczeń medycznych w zakresie neurologii i epileptologii.
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 **25.02.2022r. 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 27,40 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