## FORMULARZ

## OFERTOWO-CENOWY

**Dane Wykonawcy**:

Nazwa: .......................................................................................................................................................

Siedziba: .....................................................................................................................................................

Numer telefonu firmy :..................................... Numer Faxu firmy….......................................................

Adres (kontaktowy) poczty elektronicznej: ...............................................................................................

Strona internetowa: ....................................................................................................................................

Numer NIP .................................... Numer REGON ................................ Numer KRS ...........................

Bank i numer konta ....................................................................................................................................

Osoba do kontaktu z Zamawiającym w toku postępowania przetargowego

…………………………………., tel. ……….………………… e-mail: ……………………………….

Osoba do kontaktu z Zamawiającym w toku realizacji umowy:

…………………………………., tel. ………………………….. e-mail: ………………………………

Osoba/osoby upoważnione do podpisania umowy:

…………………………………., tel. ………………………….. e-mail: ………………………………

Nawiązując do ogłoszonego przetargu na:

„Wydzierżawienie pomieszczeń użytkowych znajdujących się w budynku diagnostyczno-zabiegowym Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. z przeznaczeniem na działalność niemedyczną / medyczną

niekonkurencyjną z działalnością Szpitala”

nr sprawy: DT/01/10/2024

Oferujemy realizację zamówienia w zakresie:

**Pomieszczenie na II piętrze budynku diagnostyczno-zabiegowego-323,80 m2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | jm. | Ilość | Cena  jednostkowa netto | Wartość  netto | Stawka  VAT | Kwota  VAT | Wartość  brutto |
| 1. | Dzierżawa pomieszczeń na II piętrze dudynku diagnostyczno-zabiegowego z prawem do korzystanie z powierzchni wspólnych :klatka schodowa,windy,korytarze,toalety,a także pozostałych części nieruchomości na zasadach obowiązujących innych użytkowników | m2 | 323,20 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **RAZEM** |  |  |  |  |

\*Minimalna miesięczna stawka czynszu za 1m² dzierżawionej powierzchni użytkowej wynosi**: 80,00 zł (netto)** **= STAWKA WYWOŁAWCZA.**

**OFERUJEMY STAWKĘ CZYNSZU:**

Kwota netto za 1 m²……………………………......

Kwota brutto za 1 m²……………………………….

**Miesięczna wartość** **czynszu netto** (stawka czynszu netto za 1 m² x 323,80 m²)

wynosi:.............................................. zł

**Miesięczna wartość czynszu brutto** (stawka czynszu z podatkiem VAT za 1 m² x 323,80 m²) wynosi:............................................ zł

**Powierzchnia wykazana do dzierżawy nie obejmuje powierzchni części wspólnych budynku wykorzystywanych przez innych użytkowników.**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Przetargu (SIWP) oraz treścią Ogłoszenia o przetargu i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.

Tym samym zobowiązujemy się do spełnienia wszystkich warunków zawartych w *SIWP*.

1. Oświadczamy, że akceptujemy Projekt umowy – *Załącznik nr 3 do SIWP*.

Jednocześnie zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty podpisać umowę bez zastrzeżeń, w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.

*........................................................*

*miejscowość, data ………………....................................*

*czytelny podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Oferenta*