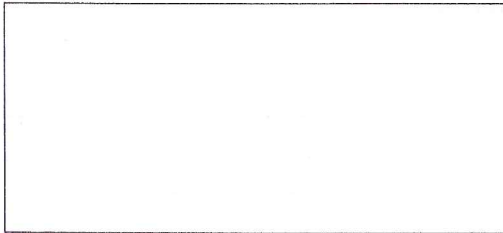


Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Wadowicach
34-100 Wadowice, ul. Karmelicka 5
tel. (033) 872 47 40, 823-22-30
NIP 551-21-24-676. Regon 000306466

Załącznik nr 1 do Warunków Przetargu pisemnego nieograniczonego

_____, dnia _____ r.



Pieczęć Oferenta

FORMULARZ OFERTY

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Wadowicach
ul. Karmelicka 5
34-100 Wadowice

Ja (my)

Pełna nazwa	
REGON	
NIP	
Adres	

odpowiadając na ogłoszenie o przetargu pisemnym nieograniczonym, którego przedmiotem jest **najem powierzchni** z **przeznaczeniem na prowadzenie**, oświadczamy, iż:

1. Oferujemy miesięczny czynsz najmu za 1m² powierzchni w wysokości:

- netto

- brutto

2. Wzór umowy otrzymany wraz z warunkami przetargu akceptujemy w całości i bez zastrzeżeń, a w przypadku wyboru naszej oferty podpiszemy umowę na takich warunkach.

3. Na komplet załączników do oferty składają się (należy wpisać nazwę i oznaczenie załączanego dokumentu):

Lp.	Nazwa dokumentu

*Podpisy przedstawicieli Oferenta
upoważnionych do jego reprezentowania*