

Załącznik nr 1 do SIWP

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu ofert pisemnych o nr sprawy DZ/AA-221-29-2/26, którego przedmiotem jest oddanie w najem Powierzchni lub Pomieszczeń znajdujących się w budynkach Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego przy ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15 w Gliwicach z przeznaczeniem na prowadzenie działalności z podziałem na pięć odrębnych zadań:

Zadanie 1 Pomieszczenia użytkowego nr 0.046 znajdującego się na parterze w Budynku Kliniki o powierzchni 19,8m² z przeznaczeniem na działalność handlową typu kiosk z prasą, art. przemysłowymi i chemicznymi.

Zadanie 2 Pomieszczenia użytkowego nr 0.053 znajdującego się na parterze w Budynku Kliniki oraz pomieszczenia nr 0.011 znajdującego się na parterze w Budynku Łącznika 1-2 o łącznej powierzchni 21,2m² z przeznaczeniem na prowadzenie działalności handlowej typu sklep medyczny ze środkami pomocniczymi dla kobiet po mastektomii.

Zadanie 3 Powierzchni użytkowej 4m² (dł.4m x szer.1m) znajdującej się na parterze w Budynku Radioterapii z przeznaczeniem pod ustawienie wewnętrznego automatu paczkowego.

Zadanie 4 Powierzchni użytkowej 1m² (dł.1m x szer.1m) znajdującej się na parterze w Budynku Kliniki z przeznaczeniem pod ustawienie automatu do sprzedaży sushi.

Zadanie 5 Powierzchni użytkowej 1,5m² (dł.1,5m x szer.1m) znajdującej się na I piętrze w Budynku Kliniki z przeznaczeniem pod ustawienie automatu do sprzedaży posiłków typu kanapki i sałatki.

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko)

.....

Działając w imieniu i na rzecz Firmy (nazwa)

.....

Ulica.....

Kod Pocztowy/Miejscowość.....

Województwo.....

Adres e-mail/

Telefon.....

Wpisanej do rejestru przedsiębiorców

pod nr KRS/CEiDG*

* (niepotrzebne skreślić)

NIP.....

NIP spółki cywilnej (jeżeli dotyczy).....

Regon.....

Załącznik nr 1 do SIWP
FORMULARZ OFERTOWY

składałam ofertę cenową stawki miesięcznej czynszu netto za najem Powierzchni lub Pomieszczeń w zakresie:

Zadania 1. Pomieszczenia użytkowego nr 0.046 znajdującego się na parterze w Budynku Kliniki o powierzchni 19,8m² z przeznaczeniem na działalność handlową typu kiosk z prasą, art. przemysłowymi i chemicznymi:

NETTO:zł
(słownie:.....)

Zadania 2. Pomieszczenia użytkowego nr 0.053 znajdującego się na parterze w Budynku Kliniki oraz pomieszczenia nr 0.011 znajdującego się na parterze w Budynku Łącznika 1-2 o łącznej powierzchni 21,2m² z przeznaczeniem na prowadzenie działalności handlowej typu sklep medyczny ze środkami pomocniczymi dla kobiet po mastektomii:

NETTO:zł
(słownie:.....)

Zadania 3. Powierzchni użytkowej 4m² (dł.4m x szer.1m) znajdującej się na parterze w Budynku Radioterapii z przeznaczeniem pod ustawienie wewnętrznego automatu paczkowego.

NETTO:zł
(słownie:.....)

Zadania 4. Powierzchni użytkowej 1m² (dł.1m x szer.1m) znajdującej się na parterze w Budynku Kliniki z przeznaczeniem pod ustawienie automatu do sprzedaży sushi.

NETTO:zł
(słownie:.....)

Zadania 5. Powierzchni użytkowej 1,5m² (dł.1,5m x szer.1m) znajdującej się na I piętrze w Budynku Kliniki z przeznaczeniem pod ustawienie automatu do sprzedaży posiłków typu kanapki i sałatki.

NETTO:zł
(słownie:.....)

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot*:

1. Zobowiązuje się i dostarczy najpóźniej w dniu przekazania Powierzchni lub Pomieszczenia Wynajmującemu kopię aktualnej polisy lub inny dokument ubezpieczenia Powierzchni od ognia i innych zdarzeń losowych, nieszczęśliwych wypadków, kradzieży z włamaniem i rabunku oraz ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności na sumę ubezpieczenia wskazaną w Umowie wraz z potwierdzeniem opłacenia składki ubezpieczeniowej. Najemca zobowiązuje się do utrzymywania ważnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania Umowy oraz przekazywania Wynajmującemu dokumentów potwierdzających ciągłość ubezpieczenia, bez odrębnego wezwania w tym zakresie.
2. Posiada wystarczającą wiedzę i doświadczenie niezbędne do prowadzenia działalności związanej z przedmiotem najmu.
3. Posiada aktualną umowę zawartą z NFZ w przypadku złożenia ofert w zakresie zadania nr 2**.

FORMULARZ OFERTOWY

4. Posiada co najmniej 5 lat doświadczenia w sprzedaży refundacyjnych produktów medycznych wyszczególnionych w ofercie sklepu medycznego w przypadku złożenia ofert w zakresie zadania nr 2**.
5. Nie jest podmiotem w stosunku do którego toczy się postępowanie upadłościowe, ani też nie została ogłoszona jego upadłość jak też nie jest w likwidacji.
6. Nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne.
7. Nie jest wpisany do Rejestru Dłużników prowadzonego przez Biuro Informacji Gospodarczej.
8. Zapoznał się z treścią dokumentacji przetargowej dotyczącej przedmiotu niniejszego przetargu i akceptuje warunki zawarte w dokumentacji przetargowej.
9. Zapoznał się z projektem Umowy i akceptuje jej warunki .
10. Zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty do zawarcia Umowy na określonych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Wynajmującego.

dnia

Podpis osoby uprawnionej

*nie należy modyfikować treści niniejszych Oświadczeń oraz składać odrębnych Oświadczeń.

**dotyczy jedynie ofert składanych w zakresie Zadania nr 2 – jeżeli nie dotyczy należy przekreślić.