

Data.....

.....
pieczęć wykonawcy

FORMULARZ OFERTOWY

do drugiego przetargu ofertowego na wynajem dodatkowej powierzchni szpitalnej z przeznaczeniem na kiermasze w holu przy Centralnej Rejestracji szpitala SPZOZ w Hajnówce przy ul. Doc. Adama Dowgirda 9 na rok 2019

WYKONAWCA:.....
(nazwa wykonawcy/firmy składającej ofertę)

ADRES:.....
(podać dokładny adres wykonawcy/firmy)

ADRES KORESPONDENCYJNY (jeżeli jest inny niż powyżej):.....

.....
(podać dokładny adres do korespondencji jeżeli jest inny niż powyżej)

TEL./FAX/ E-MAIL.....
(podać dokładne numery telefonu oraz numer faxu, adres mailowy do wykonawcy/firmy, pod które zamawiający będzie kierował korespondencję)

adres e-mail wykonawcy:
(dla korespondencji dotyczącej niniejszego postępowania)

NIP:..... **REGON:**.....

Zakres prowadzonej działalności

Proponowane terminy i stawka za dzień wynajmowanej powierzchni wg załącznika do formularza

OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami przetargu oraz warunkami przyszłej umowy i warunki te przyjmuję bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagane warunki przetargu.
3. Zobowiązuję się do prowadzenia działalności zgodnie z niniejszą ofertą oraz do terminowego regulowania należności z tytułu wymaganych opłat.

.....
Podpis osoby upoważnionej

Strona