*Załącznik nr 4 do Ogłoszenia Wójta Gminy Jednorożec z dnia 11.07.2018r.*

*O przetargu pisemnym ograniczonym na najem lokalu*

*użytkowego ze świadczeniem usług medycznych*

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane oferenta:

Imię, nazwisko i adres oferenta lub nazwę oraz siedzibę oferenta, telefon kontaktowy lub adres
e-mail; …………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

2. Zobowiązuję/my się do zapłaty czynszu najmu lokalu stanowiącego przedmiot przetargu
w wysokości 2468,54 zł brutto (słownie: dwa tysiące czterysta sześćdziesiąt osiem 54/100) za dany miesiąc w terminie 14 dni od dnia otrzymania faktura ….........................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

3. Proponuję/my oprócz minimalnych wymagań określonych w dziale III pkt 2 ogłoszenia
o przetargu świadczenie następujących usług specjalistycznych:

Lp. Specjaliści Tak Nie

1. Urolog Tak Nie

2. Laryngolog Tak Nie

3. Okulista Tak Nie

4. Dermatolog Tak Nie

5. Alergolog Tak Nie

6. Neurolog Tak Nie

\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem TAK lub NIE

4. Proponujemy czas pracy zakładu opieki zdrowotnej (godziny i dni w tygodniu):

Lp. Godz. pracy Dni tygodnia

1. Poniedziałek

2. Wtorek

3. Środa

4. Czwartek

5. Piątek

6. Sobota

5. Oświadczam/my, że zapoznałem się /liśmy się z warunkami przedmiotu zamówienia, ze stanem technicznym lokalu oraz projektem umowy najmu lokalu użytkowego i umowy użyczenia, akceptuję / my je i nie wnoszę /nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.

6. Oświadczam, że posiadam/y zawarty / zawrę \* kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia
w ramach podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej.

7. W przypadku wyboru mojej / naszej oferty zobowiązuję /my się do podpisania umowy
w miejscu i czasie określonym przez Zamawiającego.

Data sporządzenia oferty:……………………… ………………………………………….

 (pieczęć i podpis oferenta)

\* niepotrzebne skreślić

Załączniki do oferty:

1. Kopia dowodu wniesienia wadium poświadczona za zgodność z oryginałem przez uprawnioną osobę.

2. Szczegółowa informacja o prowadzonej dotychczas przez oferenta działalności z zakresu usług medycznych - oryginał.

3. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert – kopia poświadczona
za zgodność z oryginałem przez uprawnioną osobę.

4. Uprawnienia do prowadzenia działalności medycznej– kopia poświadczona za zgodność
z oryginałem przez uprawnioną osobę.

5. Oświadczenia:

 - o niezaleganiu z opłacaniem podatków - oryginał,;

 - o niezaleganiu z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne – oryginał.

6. Referencje wystawione, przez co najmniej 1 (jedną) jednostkę samorządu terytorialnego na terenie, której Oferent świadczył dotychczas usługi z zakresu opieki medycznej - oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez uprawnioną osobę.

7. Informacja o innych propozycjach w zakresie prowadzenia działalności medycznej, perspektywy rozwoju, miejsca prowadzenia działalności.