

Kielce, dnia.....

FORMULARZ OFERTOWY DLA OSOBY PRAWNEJ, SPÓŁKI OSOBOWEJ PRAWA
HANDLOWEGO LUB OSOBY FIZYCZNEJ PROWADZĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ
GOSPODARCZĄ

Nazwa	
Imię, nazwisko i stanowisko osoby uprawnionej do reprezentowania	
Adres	
E-mail	
Indywidualny adres elektroniczny (inny niż adres e-mail, np. e-Doręczenia)	
Telefon	
NIP	
KRS	
Liczba stanowisk na które składana jest oferta	
Miesięczna kwota netto za jedno stanowisko	
Numer rejestracyjny samochodu/samochodów	

Oświadczam, że zapoznałam/em się z ogłoszeniem o przetargu, regulaminem przetargu a także wzorem umowy na wynajem stanowiska postojowego przy ul. Polnej 11 w Kielcach i przyjmuje je bez zastrzeżeń.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości odbycia wizji lokalnej.

Oświadczam, że nie mam uwag co do stanu faktycznego oferowanych stanowisk postojowych.

Administratorem moich danych osobowych jest Świętokrzyskie Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach.

.....
podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania