

Kielce, dnia.....

FORMULARZ OFERTOWY DLA OSOBY FIZYCZNEJ

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres	
E-mail	
Indywidualny adres elektroniczny (inny niż adres e-mail, np. e-Doręczenia)	
Telefon	
Przedmiot najmu (zaznaczyć wybrany gabinet)	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oddział Busko-Zdrój- gabinet lekarski o pow. ok. 15 m2<input type="checkbox"/> Oddział Starachowice- gabinet lekarski nr 3 o pow. ok. 12,5 m2<input type="checkbox"/> Oddział Starachowice- gabinet lekarski nr 4 o pow. ok. 12,5 m2<input type="checkbox"/> Oddział Pińczów- gabinet lekarski o pow. ok. 11,44 m2<input type="checkbox"/> Oddział Kazimierza Wielka - gabinet lekarski o pow. ok. 12,87 m2- wynajem wyłącznie w dni robocze w godz. 8:00 – 18:00 z wyłączeniem czwartków i piątków w godz. 9:00-15:00;<input type="checkbox"/> Oddział Sandomierz- gabinet lekarski o pow. ok. 13,23 m2<input type="checkbox"/> Oddział Sandomierz- gabinet lekarski o pow. ok. 14,04 m2 m2<input type="checkbox"/> Oddział Skarżysko-Kamienna- gabinet lekarski o pow. ok. 17,12 m2<input type="checkbox"/> Oddział Skarżysko-Kamienna- gabinet lekarski o pow. ok. 12,67 m2
Miesięczna kwota netto czynszu	

Oświadczam, że zapoznałam/em się z ogłoszeniem o przetargu, regulaminem przetargu a także wzorem umowy 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 nieruchomości.

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

.....
podpis

**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	
Przedmiot najmu (zaznaczyć wybrany gabinet)	<input type="checkbox"/> Oddział Busko-Zdrój- gabinet lekarski o pow. ok. 15 m2 <input type="checkbox"/> Oddział Starachowice- gabinet lekarski nr 3 o pow. ok. 12,5 m2 <input type="checkbox"/> Oddział Starachowice- gabinet lekarski nr 4 o pow. ok. 12,5 m2 <input type="checkbox"/> Oddział Pińczów- gabinet lekarski o pow. ok. 11,44 m2 <input type="checkbox"/> Oddział Kazimierza Wielka - gabinet lekarski o pow. ok. 12,87 m2- wynajem wyłącznie w dni robocze w godz. 8:00 – 18:00 z wyłączeniem czwartków i piątków w godz. 9:00-15:00; <input type="checkbox"/> Oddział Sandomierz- gabinet lekarski o pow. ok. 13,23 m2 <input type="checkbox"/> Oddział Sandomierz- gabinet lekarski o pow. ok. 14,04 m2 m2 <input type="checkbox"/> Oddział Skarżysko-Kamienna- gabinet lekarski o pow. ok. 17,12 m2 <input type="checkbox"/> Oddział Skarżysko-Kamienna- gabinet lekarski o pow. ok. 12,67 m2
Miesięczna kwota netto czynszu	

Oświadczam, że zapoznałam/em się z ogłoszeniem o przetargu, regulaminem przetargu a także wzorem umowy 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 nieruchomości.

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

.....
podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania