



Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 44-67-500 fax 012 44-67-501
<http://www.zol.krakow.pl>
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 2 do Regulaminu

.....
/pieczęć Oferenta/

FORMULARZ OFERTOWY

Imię i nazwisko (nazwa) Oferenta:

.....
.....

Adres zamieszkania (siedziba) Oferenta:

.....

Nr. telefonu/faks.....

NIP:.....

REGON:.....

Numer konta bankowego Oferenta:.....

Osoba uprawniona do reprezentowania Oferenta:

.....

**Proponowana kwota stawki czynszu brutto za 1 m² lokalu /m-c, nie niższa niż wysokość stawki
czynszu określonej w ogłoszeniu - tj. 7,00 zł brutto za m²/m-c:**

.....zł brutto (za 1 m²/m-c)

(słownie złotych :)



ISO 9001:2008



Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 44-67-500 fax 012 44-67-501
<http://www.zol.krakow.pl>
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Oświadczam(y), że zapoznałem(liśmy) się ze stanem technicznym lokalu oraz wyrażam(y) gotowość zawarcia umowy najmu i ewentualnego przystosowania lokalu we własnym zakresie i na swój koszt do umówionego użytku.

.....

/ Miejscowość i data/

.....

*/podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)
do reprezentowania Oferenta/*



ISO 9001:2008