



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 netto za 1 m<sup>2</sup> lokalu /m-c, nie może być niższa niż wysokość stawki czynszu określonej w ogłoszeniu - tj. 8,00 zł netto za m<sup>2</sup>/m-c:**

.....zł netto (za 1 m<sup>2</sup>/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 – Śródmieścia 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