Załącznik nr 3b

do ogłoszenia o przetargu

Data sporządzenia oferty: Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

# O F E R T A

Na **najem lokalu użytkowego nr 2** w Przesmykach przy ul. 11 Listopada 13,08-109 Przesmyki o pow. 14,41 m2 (oraz część wspólna z najemcą lokalu nr 1 o pow. 52,58m2) z przeznaczeniem na świadczenie usług z **zakresu opieki** **stomatologicznej**w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z NFZ przysługującego mieszkańcom Gminy Przesmyki, w którym dopuszcza się możliwość prowadzenia prywatnych praktyk stomatologicznych.

1. **DANE PODSTAWOWE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko / nazwa / firma, NIPOFERENTA | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Adres / siedzibaOFERENTA | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Telefon, tel. komórkowy, mail | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Oferowana stawka miesięczna czynszu (netto) | …………………… zł netto  Słownie: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Opis proponowanej działalności w zakresie opieki stomatologicznej | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Dostępność świadczonych usług: dni i godziny otwarcia | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |

Każda strona oferty wraz z załącznikami została ponumerowana od nr 1 do nr. ………

1. **OŚWIADCZAM, ŻE:**
2. Zapoznałem się z warunkami przetargu i przyjmuje te warunki bez zastrzeżeń.
3. Zapoznałem się ze stanem technicznym lokalu i przyjmuje go bez zastrzeżeń.
4. Zapoznałem się z warunkami umowy najmu i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
5. Zobowiązuję się samodzielnie i na własny koszt wyposażyć lokal i dostosować do wymogów związanych z rodzajem prowadzonej działalności medycznej.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby przetargu.
7. Zobowiązuję się do świadczenia nieodpłatnych usług w zakresie praktyk stomatologicznych w wymiarze nie niższym niż 20 godzin tygodniowo.
8. Zobowiązuje się do rozpoczęcia działalności od 1 kwietnia 2022r.
9. **DO OFERTY ZAŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:**
10. Dowód wpłaty wadium.
11. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wypis z Centralnej Ewidencji   
    i Informacji o Działalności Gospodarczej.
12. Wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
13. Poświadczoną za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną lub notarialnie kopię umowy /kontraktu zawartej przez oferenta z Mazowieckim Oddziałem NFZ na wykonywanie przez oferenta usług stomatologicznych.
14. Pełnomocnictwo w przypadku działania oferenta przez pełnomocnika.
15. Oświadczenie o prowadzeniu na dzień złożenia oferty i nieprzerwanie   
    w bezpośrednio poprzedzającym okresie działalności leczniczej w ramach umów   
    z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) przez okres, co najmniej 10 lat w zakresie opieki stomatologicznej.
16. Oświadczenie potwierdzające spełnienie kryterium szt. ……………….

.....................................…….

*czytelny podpis oferenta*

*(pieczątka firmy)*