

DANE WYDZIERZAWIAJĄCEGO:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie ul. Szpitalna 12
16-300 Augustów
tel. 87 644 42 84
strona internetowa: <https://www.spzoz.augustow.pl>
e-mail: sekretariat@spzoz.augustow.pl

FORMULARZ OFERTOWY

I. Nazwa i dane:

.....
.....
.....

Nr KRS

NIP:

REGON:

W związku z ogłoszonym przetargiem na dzierżawę pomieszczenia o pow. 17 m² z przeznaczeniem na prowadzenie kiosku spożywczo-przemysłowego w budynku głównym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie, na okres 3 lat **oferuję miesięczny czynsz dzierżawny w wysokości:**

.....
.....
(słownie:

Załączniki:

1.
2.
3.

.....
(podpis)