Załącznik nr 1 do SWKO z dnia 08.06.2022 r.

**FORMULARZ OFERTOWY**

**dla Centralnego Szpitalna Klinicznego MSWiA w Warszawie**

**02-507 Warszawa, ul. Wołoska 137**

Dane Oferenta

Nazwa firmy:

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

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

Siedziba firmy:

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

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

Telefon: ................................Fax: ......................................... e-mail: ……………………..

**Nawiązując do ogłoszonego konkursu ofert na dzierżawę powierzchni w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie z przeznaczeniem na prowadzenie stołówki ogólnodostępnej przedkładam/my następującą ofertę.**

* Proponuję miesięczna stawkę czynszu stałego netto w wysokości ……..……… złotych za 1 m2 powierzchni (słownie: ……………………….………..……………..)

Wartość netto w PLN ………………………

Stawka VAT ………………………

Wartość brutto w PLN ………………………

płatną miesięcznie z góry do 15 dnia każdego miesiąca za dany miesiąc, bez dodatkowego wezwania do zapłaty.

* **Stawka czynszu stałego musi wynosić nie mniej niż 60 zł za m2** .
* **Oferent oferuje stawkę czynszu dla 353,80 m2** **stołówki na I piętrze w budynku „G”.**
* **Oferent nie dotyczy powierzchni na parterze budynku „G”. Stawka została ustalona przez Wydzierżawiającego na 20 zł netto za m2** .
* Proponuję miesięczną stawkę w % czynszu prowizyjnego dla następujących przedziałów przychodów netto ze sprzedaży w stołówce płatną do 15 dnia każdego następnego miesiąca kalendarzowego:

|  |  |
| --- | --- |
| Miesięczny przychód netto w PLN | Wysokość czynszu prowizyjnego  |
| Do 50 000 | ………………….. % |
| 50 001 – 100 000 | ………………….. % |
| 100 001 – 200 000 | ………………….. % |
| Od 200 001 | ………………….. % |

* Proponuję następującą wartość zestawu obiadowego dla pracowników Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie w ramach prowadzonej działalności będącej przedmiotem postępowania konkursowego:

Wartość brutto w PLN ………………………………….

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, ze zapoznałem się z treścią dokumentacji konkursowej dotyczącej przedmiotu niniejszego konkursu i akceptuję warunki zawarte w dokumentacji konkursowej.

2. Oświadczam, że jestem związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

3. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

4. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy, który stanowi załącznik nr 2 do Konkursu i

zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na określonych w tym

załączniku warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez CSK MSWiA w Warszawie.

Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:

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

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

Załączniki :

1. ................................................................................................

2. ................................................................................................

3. ................................................................................................

4. ................................................................................................

5. ................................................................................................

6. ................................................................................................

7. ................................................................................................

8. ................................................................................................

 ……………………………………………………..

 (data i podpis upoważnionego przedstawiciela oferenta)