



ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ  
64-700 CZARNKÓW, ul. Kościuszki 96  
TEL. (067) 352 81 70, TEL./FAX (067) 352 81 71  
NIP 763-17-48-697 REGON 000308525



## SPECYFIKACJA

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  
w Czarnkowie  
ul. Kościuszki 96 64-700 Czarnków  
tel.(67) 35 28 090 fax (67) 35 28 171

### Ogłasza

### przetarg nieograniczony na wyzierżawienie pomieszczenia na sklep medyczny w budynku A Szpitala Powiatowego w Czarnkowie o powierzchni 17,51 m<sup>2</sup>

#### 1. Opis pomieszczeń wskazanych do dzierżawy:

Pomieszczenie po „Szatni dla pacjentów” usytuowane w budynku A Szpitala Powiatowego w Czarnkowie z przeznaczeniem na prowadzenie sklepu medycznego.

Oferent w zakresie umowy powinien dostosować pomieszczenie do przedmiotu swej działalności, po uprzednim uzgodnieniu szczegółów z Wynajmującym. Poniesione inwestycje byłyby rozliczane z połowy wynegocjowanego czynszu. Rzut pomieszczenia przeznaczonego do dzierżawy stanowi zał. Nr 1 do niniejszej Specyfikacji – pomieszczenie oznaczone jako A.1.27 oraz A.1.26

2. Okres trwania dzierżawy: trzy lata od dnia podpisania umowy.
3. Stawka wywoławcza czynszu wynosi 1200.- zł brutto miesięcznie.

#### 4. Wadium:

- Warunkiem udziału w przetargu jest wniesienie wadium w wysokości 1200.- zł. Wadium należy wpłacić na konto ZZOZ do dnia 20.04.2017r. ( nr konta 70 1240 3709 1111 0000 4204 1175)
- Wadium zostanie zwrócone w ciągu 3 dni po podpisaniu umowy.
- Wadium przepada na rzecz ZZOZ, jeżeli oferent którego oferta zostanie przyjęta uchyli się od zawarcia umowy. a także jeżeli żaden z uczestników przetargu nie zaoferuje ceny dzierżawy co najmniej równej cenie wywoławczej.

#### 4. Przejęcie pomieszczeń obwarowane jest następującymi warunkami:

- wyposażenie pomieszczeń na własny koszt.
- utrzymanie pomieszczeń w odpowiednim stanie technicznym i sanitarnym - zgodnie z wymogami wynikającymi w tym zakresie z przepisów prawa,

5. Osobą upoważnioną do kontaktu z oferentami jest p. Barbara Wicher tel. (067) 35 28 172 w godz. od 8.00- 14.00.

#### 6. Do oferty należy załączyć **następujące dokumenty:**

- podstawowe informacje o firmie tj. rodzaj działalności (załączyć wypis z rejestru działalności gospodarczej lub KRS),



ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ  
64-700 CZARNKÓW, ul. Kościuszki 96  
TEL. (067) 352 81 70, TEL./FAX (067) 352 81 71  
NIP 763-17-48-697 REGON 000308525



- oświadczenie dotyczące zakresu planowanych do wykonania prac dostosowawczych,
- proponowaną cenę brutto za jeden miesiąc, z oświadczeniem o terminie płatności - do 10-tego każdego miesiąca z góry,
- oświadczenie zapewniające spełnienie warunków zawartych w specyfikacji,
- Oświadczenie o zaakceptowaniu projektu umowy stanowiącego załącznik do niniejszej specyfikacji

7. Oferty należy składać w zaklejonych kopertach (oznaczonych hasłem „Przetarg –sklep medyczny) w siedzibie ZZOZ - Sekretariat

8. Termin składania ofert upływa dnia 20.04.2017r. o godz. 9.00  
Otwarcie ofert nastąpi dnia 20.04.2017 r. o godz. 09.30 w Sali konferencyjnej szpitala Powiatowego w Czarnkowie (segment B), ul. Kościuszki 94

9. Ustalenie najemcy nastąpi na podstawie wyboru najkorzystniejszej oferty pod względem finansowym odpowiadającej wszelkim wymogom zawartym w niniejszej specyfikacji

#### 10. Warunki unieważnienia przetargu:

- nie złożenie żadnej oferty pisemnej
- gdy żadna ze złożonych ofert pisemnych nie spełnia warunków określonych w specyfikacji.

11. Okres wiązania ofert wynosi 15 dni.

12. ZZOZ zastrzega sobie prawo swobodnego wyboru oferty, jeżeli uczestnicy przetargu zaoferowali tą samą cenę, a także prawo unieważnienia przetargu bez podania przyczyny oraz odrzucenia ofert bez prawa protestów i odwołań.

#### Załącznik:

1. Plan sytuacyjny pomieszczeń przeznaczonych do wynajęcia.
2. Wzór umowy najmu.

Sporządziła:  
Barbara Wicher

Czarnków dnia 15.03.2017 r.  
Zatwierdził

.....  
(pieczęć i podpis)

**DYREKTOR**  
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej  
w Czarnkowie  
Krzysztof Wywrot