

**SP ZOZ Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu  
ul. Żeromskiego 7  
41-902 Bytom**

**WARUNKI  
KONKURSU OFERT**

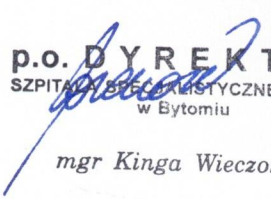
**Na wynajęcie powierzchni pomieszczeń  
nieruchomości SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego Nr 1  
W Bytomiu, zlokalizowanych na pierwszym piętrze  
kompleksu budynków szpitala przy Alei Legionów 49,  
z przeznaczeniem na pomieszczenia biurowe.**

**Bytom, dnia 19.03.2025r.**

**STARSZY INSPEKTOR**

 **Saternus**

**p.o. DYREKTOR**  
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR  
w Bytomiu

  
**mgr Kinga Wieczorek**

## **I. Informacje Ogólne**

Organizatorem konkursu jest SPZOZ Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, ul. Żeromskiego 7, 41-902 Bytom zwany dalej Organizatorem lub Szpitalem.

Opis przedmiotu konkursu, opis warunków udziału w konkursie, określają Warunki Konkursu Ofert. Oferent w celu prawidłowego przygotowania oferty winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu.

## **II. Uszczegółowienie przedmiotu konkursu i obowiązków Najemcy.**

### **1. Określenie przedmiotu konkursu ofert**

Przedmiotem konkursu jest wynajęcie 35m<sup>2</sup> powierzchni pomieszczeń nieruchomości Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Specjalistycznego nr 1 w Bytomiu, zlokalizowanych na pierwszym piętrze kompleksu budynków szpitala przy Alei Legionów 49, z przeznaczeniem na pomieszczenia biurowe .

### **2. Czas trwania umowy najmu**

- 2 lata od dnia podpisania umowy najmu.

### **3. Najemca jest zobowiązany prowadzić działalność w sposób który nie zakłóci funkcjonowania jednostek organizacyjnych Szpitala.**

### **4. Najemca ponosi wszelkie koszty związane z remontem pomieszczeń . Wszelkie prace instalacyjne muszą być przeprowadzone w porozumieniu ze szpitalem i za jego pisemną zgodą.**

## **III. Informacje dotyczące warunków udziału w konkursie ofert**

1. Oferent musi być uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, w szczególności musi posiadać nadany numer REGON i NIP,
2. Oferent musi posiadać polisę odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej na kwotę ..... w tym obejmującą zakres niniejszej umowy i zobowiązuje się posiadać ją przez cały okres zobowiązania niniejszej umowy. Polisa stanowi załącznik nr 2 do umowy. Najemca w terminie 3 dni od dnia ustania ochrony będzie dostarczał Wynajmującemu aktualna polisę.

## **IV. Zasady oceny ofert.**

1. Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Organizator kierować się będzie następującymi przyjętymi kryteriami oceny oferty:

**Stawka czynszu (miesięczny – ryczałt) za wynajmowanie powierzchni - 100%**

2. W toku dokonywania oceny złożonych ofert, Organizator może żądać udzielenia przez Oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert i złożonych dokumentów.
3. Z Oferentem, którego oferta uznana zostanie za najkorzystniejszą, Organizator zawrze umowę najmu.
4. Podpisanie umowy odbędzie się w siedzibie Organizatora.
5. Organizator zastrzega prawo do unieważnienia konkursu na każdym etapie bez podania przyczyn.

## V. Warunki i ustalenia dot. zapisów umowy najmu.

Wzór umowy najmu stanowi załącznik do niniejszych Warunków (formularz nr 3)

## VI. Oferta.

Oferta winna zawierać:

- 1) Dane identyfikacyjne Oferenta - **Formularz Nr 1**
- 2) Ofertę konkursową zgodną z wzorem - **Formularz Nr 2**

Oferta oraz inne dokumenty winny być podpisane przez osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.

Oferent może złożyć inne dokumenty i oświadczenia oraz informacje mogące jego zdaniem mieć wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty.

1. Organizator dopuszcza możliwość wezwania Oferenta do złożenia wyjaśnień, co do treści oferty i przedłożonych dokumentów.
2. Organizator zastrzega sobie prawo do wezwania Oferentów do złożenia ofert dodatkowych w przypadku, gdy dwie lub więcej ofert zawiera tę samą łączną wartość.
3. Oferty, zgodnie z ww. wzorem można składać:
  - pisemnie w Dziale Organizacji i Infrastruktury (blok III, piętro IV, pokój 1)
  - mailem – [j.saternus@szpital1.bytom.pl](mailto:j.saternus@szpital1.bytom.pl)**w terminie do 26.03.2025 r. do godz. 10:00.**
4. Wartość minimalna oferty: **66,01 zł netto za m<sup>2</sup>** – stawka czynszu (miesięczna – ryczałt)

## VII. Tryb udzielania wyjaśnień, w sprawach dot. przedmiotowej specyfikacji.

Oferent może zwracać się do Szpitala, w formie pisemnej, o wyjaśnienie wszelkich wątpliwości związanych z przedmiotowym postępowaniem. Szpital udzieli wszelkich wyjaśnień, pod warunkiem, że zapytanie zostało dostarczone nie później niż na 3 dni robocze przed terminem otwarcia ofert.

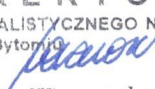
Zapytanie należy kierować do:

**Dział Organizacji i Infrastruktury**  
tel. (032) 396-32-91  
mail. [j.saternus@szpital1.bytom.pl](mailto:j.saternus@szpital1.bytom.pl)

STARSZY INSPEKTOR

  
Joanna Saternus

**p.o. DYREKTOR**  
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR 1  
w Bytomiu

  
mgr Kinga Wiczorek

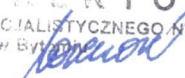
### **VIII. Tryb wprowadzania ewentualnych zmian w Warunkach Konkursu Ofert.**

W szczególnych, uzasadnionych wypadkach Szpitalowi przysługuje prawo zmodyfikowania zapisów w Warunkach Konkursu Ofert. O wszelkich zmianach Szpital jest zobowiązany poinformować każdego uczestnika postępowania.

### **IX. Obowiązki Wynajmującego.**

1. Szpital jest zobowiązany do podpisania umowy najmu z Najemcą, którego ofertę uznano za najkorzystniejszą, w terminie 1 miesiąca od zakończenia postępowania konkursowego i zatwierdzenia jego wyników przez Dyrektora Szpitala Specjalistycznego Nr 1 w Bytomiu.
2. Warunki Konkursu Ofert są integralną częścią umowy najmu.

STARSZY INSPEKTOR  
  
Joanna Saternus

p.o. DYREKTOR  
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR 1  
w Bytomiu  
  
mgr Kinga Wieczorek

## DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

|                                                                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NAZWA OFERENTA/IMIE<br>I NAZWISKO:                                                                                                                   |  |
| NAZWA SKRÓCONA:                                                                                                                                      |  |
| NUMER STATYSTYCZNY GUS<br>(REGON):                                                                                                                   |  |
| NUMER IDENTYFIKACJI<br>PODATKOWEJ:                                                                                                                   |  |
| WOJEWÓDZTWO:                                                                                                                                         |  |
| POWIAT:                                                                                                                                              |  |
| GMINA:                                                                                                                                               |  |
| MIEJSCOWOŚĆ:                                                                                                                                         |  |
| KOD TERYTORIALNY WG GUS:                                                                                                                             |  |
| ULICA, NR LOKALU:                                                                                                                                    |  |
| TELEFON:                                                                                                                                             |  |
| FAX:                                                                                                                                                 |  |
| E-MAIL:                                                                                                                                              |  |
| KOD POCZTOWY:                                                                                                                                        |  |
| POCZTA:                                                                                                                                              |  |
| FORMA PRAWNA OFERENTA<br>NAZWISKO ORAZ FUNKCJE<br>OSÓB REPREZENTUJĄCYCH<br>OFERENTA<br>ORAZ UPOWAŻNIONYCH DO<br>PODPISANIA<br>UMOWY Z ORGANIZATOREM: |  |

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis Oferenta

STARSZY INSPEKTOR

*Joanna Saternus*  
Joanna Saternus

p.o. DYREKTOR  
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR  
w Bydgoszczy

*mgr Kinga Wieczorek*  
mgr Kinga Wieczorek

## OFERTA KONKURSOWA

Podmiot składający ofertę:

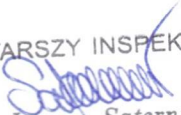
.....  
.....  
.....

Oferta dotyczy postępowania konkursowego na wynajęcie 35m<sup>2</sup> powierzchni pomieszczeń nieruchomości Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Specjalistycznego Nr 1 w Bytomiu, zlokalizowanych na pierwszym piętrze kompleksu budynków szpitala przy Alei Legionów 49, z przeznaczeniem na pomieszczenia biurowe dnia 19.03.2025 r.

Przedmiot oferty:

**Stawka czynszu (miesięczny ryczałt) za wynajmowanie powierzchni - ..... zł**

.....  
podpis osoby uprawnionej do  
reprezentowania oferenta

STARSZY INSPEKTOR  
  
Joanna Saternus

p.o. DYREKTOR  
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR 1  
w Bytomiu  
  
mgr Kinga Wieczorek