Załącznik nr 1

**ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W ROKOWANIACH**

na dzierżawę części nieruchomości, stanowiącej własność Gminy Czarna Woda:

część budynku Przychodni Zdrowia,

położonego w Czarnej Wodzie na działce nr 72/2 przy ulicy Okrężnej 10.

1. Imię, nazwisko i adres albo nazwa lub firma oraz siedziba, jeżeli zgłaszającym jest osoba prawna lub inny podmiot:

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

2. Data sporządzenia zgłoszenia: .........................................................................................

3. Oświadczam, że zapoznałem/am\* się z warunkami rokowań, które określone zostały w ogłoszeniu o rokowaniach zamieszczonym w .......................................................... z dnia ................................i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

4. Zobowiązuję się do zapewnienia dalszego nieprzerwanego zapewnienia świadczeń **podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia usług przez poradnię ginekologiczno-położniczą oraz świadczenia usług medycznych w środowisku nauczania i wychowania w placówkach oświatowych na terenie Gminy Czarna Woda** od 01.04.2022 r.

**5. Zobowiązuję się** w terminie do dnia 31.03.2022 r. wypełnić wszelkie procedury rejestrowe wymagane dla prawidłowego funkcjonowania podmiotu  leczniczego oraz dokonać wszelkich koniecznych uzgodnień z właściwym Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia celem zapewnienia ciągłości wykonywania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej dla pacjentów z terenu Gminy Czarna Woda.

6. Proponowana cena nieruchomości: ...................................................................... (słownie złotych: ............................................................................................................)

7. Numer rachunku bankowego, na który ma zostać zwrócona zaliczka:

……………………………………………………………………………………….

8. Do niniejszego zgłoszenia załączam:

1) kopię dowodu wpłaty zaliczki w wysokości ……………………. zł, wpłaconej tytułem zabezpieczenia kosztów w przypadku uchylenia się od zawarcia umowy,

2) aktualny wydruk z księgi rejestrowej Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Lecznicą,

3) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego / wpis do właściwych ewidencji i rejestru;

4) szczegółową pisemną informację o sposobie zapewnienia co najmniej podstawowej opieki zdrowotnej:

5) szczegółową pisemną informację o sposobie zapewnienia innych świadczeń z zakresu ochrony zdrowia, w tym świadczeń specjalistycznych i ich rodzaju i  opieki pielęgniarskiej;

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

Czytelny podpis oferenta

*(W przypadku osób prawnych czytelny*

*podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wraz z nazwą*

*i siedzibą firmy)*

\* właściwe podkreślić