Załącznik nr 2

 …………………………………………

(miejscowość, data)

……………………………………….

……………………………………….

……………………………………….

……………………………………….

……………………………………….

*(Imię, nazwisko, adres, nr tel.)*

**Burmistrz Czarnej Wody**

**ul. Mickiewicza 7**

**83-262 Czarna Woda**

**OŚWIADCZENIE**

**O ZAPOZNANIU SIĘ Z WARUNKAMI ROKOWAŃ**

Oświadczam, iż zapoznałem/łam się z przedmiotem rokowań, stanem prawnym, stanem faktycznym, granicami przedmiotu rokowań oraz warunkami rokowań zawartymi w ogłoszeniu z dnia ……………………… w sprawie dzierżawy części nieruchomości, stanowiącej własność Gminy Czarna Woda: części budynku Przychodni Zdrowia, położonego w Czarnej Wodzie na działce nr 72/2 przy ulicy Okrężnej 10 i nie wnoszę do nich żadnych uwag oraz zastrzeżeń.

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

*(czytelny podpis)*