**Załącznik nr 2** do Specyfikacji warunków zamówienia – wynajem pomieszczeń pod potrzeby administracji szpitala.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany/punktowany** | **PARAMETR OFEROWANY****(podać zakresy, opisać lub potwierdzić)** |
| 1. | Okres wynajmu 3 lata | Tak |  |
|  | **Lokalizacja** |  |  |
| 2. | Maksymalną odległość od budynku Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce 300 m  | Tak |  |
|  | **Wymogi architektoniczne** |  |  |
| 3. | Min 3 pomieszczenia na potrzeby biur szpitala o min powierzchni 12 m2 każde | Tak |  |
| 4. | Wysokość min 2,5 m | Tak |  |
| 5. | Toaleta - WC | Tak |  |

Ocena oferty:

Cena za wynajem – 100%

……………………………………………………………….

 Data oraz podpis osoby upoważnianej