………………………………………………………

data

……………………………………………………

……………………………………………………

Dane zgłaszającego uczestnictwo w przetargu ograniczonym

……………………………………………………

……………………………………………………

adres

……………………………………………………

……………………………………………………

Dane kontaktowe (nr tel., adres e-mail)

**Urząd Miejski w Myszyńcu**

**Plac Wolności 60**

**07-430 Myszyniec**

**Formularz ofertowy**

Oferta na dzierżawę lokalu użytkowego nr …… w Centrum Usług Medycznych w Myszyńcu.

Stawka czynszu za 1 miesiąc - ……………………………………

……………………………

podpis