**FORMULARZ OFERT**

**I. Wykonawca**

**1. Nazwa i adres firmy**

**..................................................................................................................................... .....................................................................................................................................
.....................................................................................................................................**

**a) NIP.....................................................................**

**b) Telefon...............................................................**

**c) Fax ......................................................................**

**d) www..................................................................**

**e) E-mail.................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Usługa****Odbiór transport i unieszkodliwianie odpadów o kodach:*  | *Całkowita ilość kg odpadów medycznych* | *Cena**netto w PLN za 1 kg odpadów medycznych* | *Wartość**netto**w PLN* | *Stawka**VAT**w %* | *Wartość**VAT**w PLN* | *Wartość brutto**w PLN* |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5 = ( 3 x 4 )* | *6* | *7= ( 5 x 6 )* | *8 = ( 5 + 7 )* |
| *1* | *ODPADY MEDYCZNE OZNACZONE KODAMI: 18 01 03\*, 18 01 02\*, 18 01 08\*, 18 01 06\*, 18 01 07, 18 01 04, 18 01 01, 18 01 09* | *35310* |  |  |  |  |  |

2. Ogólna wartość oferty na okres 2 miesięcy w PLN (wartość brutto będzie brana pod uwagę do porównania cen ofertowych):

*a) netto .........................*

*b) brutto........................*

*c) wartość VAT............*

3.Warunki płatności – płatność w formie przelewu w terminie …… dni

4.Miejsce i metoda przetwarzania odpadów odebranych od Zamawiającego ( dokładny adres):

……………………….

……………………….

……………………….

5.Typ pojemników, które użyczamy Zamawiającemu: ………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

6.Termin realizacji usługi – odbioru poszczególnych odpadów w trybie na „zgłoszenie” lub w razie potrzeby dodatkowego odbioru poza harmonogramem ( podać w godzinach):

……………………………………………………………………………………………………………………….

7.Środki stosowane do dezynfekcji pojemników / kontenerów( podać nazwę środka, środków )

………………………………………………………………………………………………………………………..

***Pouczenie:***

***1. Formularz oferty stanowi integralną część Specyfikacji, jego wypełnienie stanowi warunek formalny stawiany oferentom.***

*2. Formularz musi być wypełniony czytelnie w języku polskim i podpisany przez osobę uprawnioną.*

 …………………………………………………

 *data, podpis*