Zał. nr 1

**4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**

50 – 981 Wrocław, ul. R. Weigla 5, telefon 261- 6 60 – 547, fax. 261 - 660 – 778

ZATWIERDZAM Wrocław ……….

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

**Z A P Y T A N I E O F E R T O W E**

| ZAMAWIAJĄCY:4Wojskowy Szpital Kliniczny z PoliklinikąSamodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnejul.Weigla 550 - 981Wrocław  | RACHUNEK DLA: |
| --- | --- |

**FORMA ZAPŁATY – PRZELEW – 30 DNI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | Wartość zł/ netto za jednokrotny wywóz | Wartość zł/ brutto zajednokrotny wywóz |
| 1.1 | Proszę o ofertę cenową w zł za wywóz: - **gruz czysty** - **kod odpadu 17 01 01**- kontener 7 m3  : ……………….. zł/1 szt.- kontener 10 m3  : ……………….. zł/1 szt.- **zmieszane odpady z budowy, remontów i demontażu ) – kod odpadu 17 09 04**- kontener 7 m3  : ……………….. zł/1 szt.- kontener 10 m3  : ……………….. zł/1 szt.- kontener 15m3 ..............................zł/1szt. **- odpady wielkogabarytowe** – **kod odpadu 20 03 07** - kontener 10 m3  : ……………….. zł/ 1szt.- kontener 20m3 ..............................zł/1szt. **Cena jednostkowa za kontener powinna uwzględniać wszystkie koszty niezbędne do wykonania finalnej usługi, w szczególności koszty odbioru,**  **załadunku i transportu**  |  |  |
| 2. | **W celu uzyskania dodatkowych informacji prosimy kontaktować się z osobą upoważnioną – Iwona Rapacz** **(tel. 261-660 092), składanie ofert do 12.01.2024 r.****Katarzyna Łabędzka -Przechoćko 261-660-547)** |  |  |

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

 podpis osoby upoważnionej

Wykonawca realizując cel niniejszej umowy przyjmuje do wiadomości, że:

1. Administratorem danych osobowych Wykonawcy jest Zleceniodawca czyli 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu reprezentowany przez Komendanta, z siedzibą przy ul. R. Weigla 5, 50-981 Wrocław,
2. dane osobowe Wykonawcy przetwarzane są w celu realizacji przedmiotowej umowy,
3. Administrator danych osobowych gwarantuje właściwą ochronę danych osobowych Wykonawcy;
4. Wykonawca, którego dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;
5. Podanie przez Wykonawcę swoich danych osobowych jest obowiązkowe, co wynika z zapisów Zarządzenia nr 15/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 sierpnia 2018 r. w sprawie nadania statutu 4 Wojskowemu Szpitalowi Klinicznemu z Polikliniką Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu

( Dz.Urz. MON poz.117 ).