

**FORMULARZ OFERTOWY**  
dla Szpitala Powiatowego w Zambrowie

<b>A. Dane Wykonawcy</b>					
Nazwa albo imię i nazwisko	Konsorcjum firm: MPO Sp. z o.o. – Lider Konsorcjum i Replastik – Członek konsorcjum				
Siedziba albo miejsce zamieszkania i adres	MPO: ul. 42 Pułku Piechoty 48, 15-950 Białystok, woj. podlaskie Replastik: ul. 42 Pułku Piechoty 48, 15-950 Białystok, woj. podlaskie				
NIP, REGON, KRS	NIP: MPO: 5420201038, Replastik: 9662112932 REGON: MPO: 050025892, Replastik: 367479283 KRS: MPO: 0000006372, Replastik: 0000277756				
Adres poczty elektronicznej (e-mail) do korespondencji z Zamawiającym	zamowienia@mpo.bialystok.pl				
Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę (imię i nazwisko)	Tomasz Kalinowski – Wiceprezes Zarządu MPO Sp. z o.o.				
<b>B. Oferowany przedmiot zamówienia</b>					
W odpowiedzi na publiczne ogłoszenie o zamówieniu, składam ofertę wykonania zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym					
pn. <b>świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych</b> zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia (znak sprawy Szp.P.VI. 12/24).					
Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na niżej wymienionych warunkach:					
<i>Wykonawca zobowiązany jest uzupełnić wszystkie kolumny w poniższej tabeli</i>					
Przedmiot zamówienia	Ilość Odpadów w kg	Cena jednostkowa netto za 1 kg odpadów w zł.	Wartość netto zamówienia w zł. (a x b = c)	Wartość podatku VAT w zł. d	Wartość brutto zamówienia z podatkiem VAT w zł. (c + d)
	a	b	c	d	e
<b>Odpady medyczne o następujących kodach: 180101, 180102*, 180103*, 180104, 180106*, 180107, 180108*, 180109</b>	<b>74 000</b>	<b>3,83</b>	<b>283 420,00</b>	<b>22 673,60</b>	<b>306 093,60</b>

Odpady medyczne odebrane od Zamawiającego zamierzam unieszkodliwiać w instalacji (spalarni) w Spalarni Odpadów medycznych Hajnówce, ul. Doc. Adama Dowgirda 9, 17-200 Hajnówka (należy podać nazwę, adres spalarni), oddaloną od siedziby Zamawiającego w odległości **107 km.** (należy podać odległość-najkrótsza droga publiczna mierzona na podstawie przeglądarki google.maps) w przypadku korzystania przez wykonawcę z np. dwóch spalarni, należy wskazać spalarnię w której będą unieszkodliwiane odpady medyczne zakaźne (największa ich część)

#### C. Oświadczenia

- 1) zapoznałem się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz uzyskałem informacje niezbędne do przygotowania oferty,
- 2) uważam się za związanego niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia,
- 3) w cenie oferty zostały wliczone wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia.

#### D. Zobowiązanie w przypadku przyznania zamówienia

- 1) akceptuję proponowane przez zamawiającego projektowane postanowienia umowy,
- 2) zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego

#### E. Obowiązek podatkowy

Oświadczam, że wybór mojej / naszej oferty:

- 1) **nie będzie** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, \*/\*\*
- ~~2) **będzie** prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, na następujące produkty:\*/\*\*~~

*\*niepotrzebne skreślić*

*\*\* brak podania informacji zostanie uznany za brak powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług*

#### F. Status wykonawcy:

**Informuję, że jestem:**

~~mikroprzedsiębiorstwem\*~~

małym przedsiębiorstwem\**dot. Replastik Sp. z o.o.*

~~średnim przedsiębiorstwem\*~~

dużym przedsiębiorstwem\* *do. MPO Sp z o.o.*

~~prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą\*~~

*\*niepotrzebne skreślić*

#### G. Oświadczenie wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

Oświadczam, że przy realizacji zamówienia poszczególni członkowie konsorcjum będą wykonywali następującą część przedmiotu zamówienia:

- 1) Lider konsorcjum (nazwa): MPO Sp. z o.o. - odpowiedzialny za odbiór i transport odpadów, zbieranie odpadów 180101, 180104, 180106\*, 180107, 180108\*, 180109 unieszkodliwianie odpadów medycznych
- 2) Partner konsorcjum (nazwa): Replastik Sp. z o.o. - odpowiedzialny za zbieranie zakaźnych odpadów medycznych 18 01 02\*, 18 01 03\*

*wypełnić jeżeli dotyczy*

**H.** Informuję, że zamierzamy powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia:

a) wykonanie części dotyczącej ..... podwykonawcy.....

*wypełnić jeżeli dotyczy i wpisać status podwykonawcy*

**I. Oświadczenie w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

*\* w przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust.4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie).*

**J. Oświadczenie dotyczące podanych informacji**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji