**382.DN.2.2024 Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

**Szczegółowe zestawienie wartościowe**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Ilość za okres 12 miesięcy** | **Cena netto za** **1 kg** | **Wartość****netto****(kolumna 3\*4)** | **VAT %** | **Wartość****brutto****(kolumna 5+6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1**. | Odbiór, transport i utylizacja odpadów medycznych i pozostałe **kod 18 01 02\*,18 01 03\*, 18 01 04, 18 01 06\*, 18 01 08\*, 18 01 82\*, 18 01 09,**  | **22 000 kg** |  |  |  |  |

 .......................................................... Miejscowość, data........................................................ podpis Wykonawcy