Załącznik do ogłoszenia

**Formularz ofertowy na usługę odbioru odpadów medycznych ze szpitala tymczasowego**

Dane dotyczące Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu/faxu |  |
| www, e-mail |  |
| NIP |  |
| Numer KRS(jak dotyczy) |  |

Zobowiązania Wykonawcy:

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia na warunkach określonych w ogłoszeniu wraz z załącznikami za kwotę:

**Odpady medyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *lp* | *Kod i opis odpadów* | *Szacunkowa ilość odpadów [kg]* | *Cena jedn. netto za kg* | *Wartość netto* | *Kwota podatku VAT* | *Wartość brutto* |
| 1 | **18 01 02\***Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania | 25 |  |  |  |  |
| 2 | **18 01 03\*** Inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny | 175 000 |  |  |  |  |
| 3 | **18 01 04**Odpady inne niż wymienione w 18 01 03\* | 35 000 |  |  |  |  |
| 4 | **18 01 06\***Chemikalia w tym odczynniki chemiczne | 50 |  |  |  |  |
| 5 | **18 01 09**Leki inne niż wymienione w 18 01 08 | 10 |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

Oświadczam, że:

* uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz zapoznaliśmy się z warunkami ogłoszenia oraz treścią umowny stanowiącą załącznik do ogłoszenia i nie wnosimy do nich zastrzeżeń;
* w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. W ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 5-17 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U.
z 1996 r. nr 47, poz.211 z późn. zmianami);

**……………………… dnia …………………………. …………………….………………………………**

Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy