**ROZDZIAŁ III FORMULARZ OFERTY załącznik nr 2 do SWZ**

………………….. dnia ..................................

Tel/fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Regon: \_\_\_\_\_\_\_

**E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

( Pieczęć wykonawcy)

**OFERTA dla WCSKJ**

**w Jeleniej Górze**

Dla zamówienia publicznego pod nazwą:

**„****Przetarg nieograniczony na ODBIór, ZAŁADUNek, TRANSPORT   
I UNIESZKODLIWIANIe ODPADÓW MEDYCZNYCH DLA WOJEWÓDZKIEGO CENTRUM SZPITALNEGO KOTLINY JELENIOGÓRSKIEJ ORAZ JEDNOSTEK ZAMIEJSCOWYCH nr referencyjny : ZP/PN/13/03/2021”**

**1)** Składamy ofertę na realizację zamówienia zgodnie ze SWZ za cenę:

Cena netto …………………………………….zł

**Cena brutto…………………………………...zł**

zgodnie z załącznikiem nr 1 do SWZ

Oferowany czas realizacji odbioru odpadów nie może przekroczyć godziny 15:00   
w przypadku Jednostek Zamiejscowych w Bolkowie i Kowarach oraz godziny 16:00   
w przypadku Wojewódzkiego Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze.

Należy zaznaczyć wybrany kwadrat:

Y) Dla obszaru Kowary oraz Bolków:

czas realizacji odbioru odpadów w godz: Ilość przyznanych punktów

7.00-12.00 20 pkt

7:00-15:00 0 pkt

X) Dla obszaru Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze:

czas realizacji odbioru odpadów w godz: Ilość przyznanych punktów

7.00-12.00 20 pkt

7:00-16:00 0 pkt

**Ponadto:**

1. Oświadczamy, że usługę wykonamy zgodnie z SWZ,
2. Oświadczamy, że zachowamy stałość cen netto przez cały okres obowiązywania umowy.
3. Oferujemy termin płatności w ciągu ............. **(max 60 dni)** dni licząc od dnia przyjęcia odbioru odpadów i podpisania poprawnie wystawionej faktury-jedna faktura na miesiąc.
4. Oświadczamy, że transport odbywać się będzie pojazdami przystosowanymi do przewożenia tego rodzaju ładunków oraz będzie obsługiwany przez wykwalifikowany personel,
5. Oświadczamy, że odbiór odpadów będzie odbywał się zgodnie z Ustawą o odpadach z dnia 14.grudnia 2012r ( Dz.U. z dnia 8 stycznia 2013 r. z póź zm.) , oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5.10.2017 r w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi ( Dz. U. 2017 poz.1975).
6. Oświadczmy, że unieszkodliwiane odpadów następować będzie w instalacji położonej w ………………………………………………..……. ( podać miejscowość ) w województwie …………………………, która na dzień złożenia oferty posiada wolne moce przerobowe pozwalające w całości unieszkodliwić odpady odebrane od zamawiającego
7. Oświadczamy, że wszystkie materiały i urządzenia użyte do wykonywania zadania będą spełniały wymogi SWZ , wymogi określone prawem oraz posiadać będą wymagane atesty i deklaracje wymagane w publicznych placówkach służby zdrowia ,
8. Oświadczamy, iż po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego wydany zostanie dokument potwierdzający unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 ( Dz. U z dnia 22 stycznia 2014 poz.107),
9. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, które zostały zawarte w Rozdziale II SWZ i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy/umów na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
10. Oświadczam, w imieniu firmy………………………………, że wybór naszej oferty będzie /nie będzie **(należy odpowiednio zakreślić)** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.
11. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SIWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty

**12.** Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert,

**13.** Wadium dla zadania w kwocie **……………………….………….** ( ……………….……….. złotych) zostało wniesione w dniu ……………… w formie ……………………………..………. (potwierdzenie wniesienia w załączniku);

W przypadku zwrotu wadium przekazanego do Zamawiającego przelewem bankowym podajemy nr konta ..................................................................................................................

**14.** Oświadczamy, że posiadamy środki finansowe na zrealizowanie przedmiotu umowy,

**15.** Oświadczamy, że zobowiązujemy się zrealizować zamówienie:

- w całości siłami własnymi\*

- przy pomocy podwykonawców\*

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres ~~robót~~ / dostaw powierzonych podwykonawcom w ramach niniejszego zamówienia** | **Firma podwykonawcy (dane teleadresowe)** |
|  |  |
|  |  |

4) osobą upoważnioną przez wykonawcę do kontaktowania się z zamawiającym jest:

- Nazwisko i imię ……………………………………………..…………………, nr telefonu: ……………………..…………………

5) Załącznikami do niniejszej oferty są:

a) ………………………………………………………………………..

b) ………………………………………………………………………..

c) ………………………………………………………………………..

d) ………………………………………………………………………..

e) ………………………………………………………………………..