**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**Odbiór i transport do miejsca utylizacji odpadów medycznych oraz leków przeterminowanych**

**Częstotliwość odbiorów: ….. razy w tygodniu** (wpisać)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn. wymag** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 4 x 5) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 6 x 7) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | Odbiór i transport do miejsca utylizacji odpadów medycznych (180103\*) oraz leków przeterminowanych (180109) | kg | 35 000  |  |  |  |  |  |

**Warunki dodatkowe**:

1. Odbieranie przedmiotu zamówienia odbywać się będzie co najmniej 2 razy w tygodniu, w dni ustalone z Zamawiającym, w godzinach 8:00-15:00, z siedziby Zamawiającego przy ul. Woronicza 19 w Warszawie, z tym zastrzeżeniem, że w okresie obowiązywania stanu epidemii w Polsce, Wykonawca zobowiązany jest odebrać podczas każdego odbioru minimum 500 kg odpadów, chyba że Zamawiający z wyprzedzeniem min. 2 dni roboczych poinformuje na piśmie Wykonawcę o ustaniu obowiązku odbierania odpadów w ww. minimalnej ilości.
2. Tydzień rozumiany jako dni od poniedziałku do piątku.
3. Transport musi odbywać się pojazdami przystosowanymi do transportu odpadów medycznych, niebezpiecznych i specjalnych oraz obsługiwany przez wykwalifikowany personel, zgodnie z przepisami prawa w tym zakresie.
4. Odpady medyczne o kodzie 18 01 03\* będą przekazywane przez Zamawiającego w czerwonych, szczelnych, plastikowych i związanych workach.
5. Potwierdzenie odbieranej ilości w postaci Karty Przekazania Odpadów w postaci elektronicznej na platformie Bazy Danych o Produktach i Opakowaniach oraz o Gospodarce Odpadami.