***Załącznik nr 3*** *do umowy nr ……………….………….. z dnia …………………*

**FORMULARZ CENOWY ODBIORU I UTYLIZACJA ODPADÓW MEDYCZNYCH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto (zł)** | **Wartość netto**  **(zł)** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto**  **(zł)** |
| **1.** | *Inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo, lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądzenia że wywołują choroby u ludzi i zwierząt z wyłączeniem18 01 80 i 18 01 82*  ***Kod 18 01 03\**** | kg | **170** |  |  | 8% |  |
| **2.** | *Inne odpady niż wymienione  w 18 01 03 (np. opatrunki z materiału lub gipsu, pościel, ubrania jednorazowe, pieluchy)*  ***Kod 18 01 04*** | kg | **1063** |  |  | 8% |  |
| **3.** | *,Leki inne niż wymienione w 18 01 08\**  ***Kod 18 01 09*** | kg | **200** |  |  | 8% |  |
| Słownie netto złotych:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | |
| Słownie brutto złotych:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | |

Podpis osoby uprawnionej ze strony Wykonawcy

……………………………………………………….