

.....
 (pieczęć adresowa Wykonawcy)

FORMULARZ OFEROWO-CENOWY

Nazwa i adres Wykonawcy:

.....

NIP: REGON:

Tel: e-mail:

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe SPZOZ.ADTE-SZ.2440.26.1.2021.IRK na:
 „Sukcesywne świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów
 medycznych o kodach: 180102, 180103, 180109 zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Klimatu
 z dnia 2 stycznia 2020 roku w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. 2020 poz. 10)”

Oferujemy odbiór, transport i unieszkodliwienie odpadów medycznych za cenę:

Lp.	Rodzaj usługi	Szacunkowa ilość kg	Cena jedn. netto zł	Cena jedn. brutto zł	Wartość netto zł	Wartość brutto zł
1	2	3	4	5	6	7
1.	Odbiór, transport i unieszkodliwienie odpadów medycznych o kodach 180103, 180109	25.000,00				
2.	Odbiór, transport i unieszkodliwienie odpadów medycznych o kodzie 180102	600,00				
	RAZEM	25.600,00				

Wartość netto (słownie:)

Wartość brutto (słownie:.....)

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do zapytania ofertowego i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.

Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy (zgodnie z projektem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do zapytania ofertowego) w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

.....
*Data i podpisy osób uprawnionych
 do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*