**Załącznik Nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**NA USŁUGĘ ODBIORU, TRANSPORTU**

**I UTYLIZACJI ODPADÓW MEDYCZNYCH**

Nazwa Wykonawcy: ..................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ..................................................................................................................

NIP .......................................................... REGON ............................................

Nr telefonu/Faxu/e:mail: ...........................................................................................

# W związku z ogłoszonym zaproszeniem na usługę odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych, prowadzonym w trybie zapytania ofertowego o wartości poniżej 30 tys. euro, zgodnie z wymaganiami określonymi w zaproszeniu, oferujemy realizację zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto 1 kg** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
| 1 | Odbiór, transport i utylizacja odpadów medycznych | kg | **54270**  |  |  |  |  |
|  | Razem wartość za 12 m-ce |  | **x** |  |

**CENA** **OFERTY** wynosi:

Słownie:.................................................................................................................................. zł. netto

Słownie:.................................................................................................................................. zł. brutto

**Niniejszym oświadczamy, że:**

1. Zobowiązujemy się do odbioru odpadów medycznych zgodnie z wymaganiami zamawiającego.
2. Zobowiązujemy się do nieodpłatnego udostępnienia na czas realizacji zamówienia 5 szt. pojemników do gromadzenia (i odbioru) odpadów medycznych o pojemności nie większej niż 1100 litrów każdy.
3. Zobowiązujemy się do mycia i dezynfekcji dostarczonych pojemników oraz utrzymania ich w należytym stanie sanitarno – higienicznym.
4. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego tzn. min. 30 dni od daty otrzymania faktury.
5. Gwarantujemy niezmienność cen netto przez okres obowiązywania umowy.
6. Oświadczamy, że posiadamy aktualne zezwolenia na transport i unieszkodliwianie wszystkich odpadów medycznych będących przedmiotem niniejszej umowy. W przypadku, gdy zezwolenia na transport lub unieszkodliwianie odpadów medycznych będących przedmiotem niniejszej umowy, wygasną w trakcie jej obowiązywania, Wykonawca gwarantuje, że niezwłocznie przedłoży nowe (aktualne) wymagane przepisami prawa zezwolenia, pod rygorem wypowiedzenia umowy przez Zamawiającego z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, zastosowaniem kary umownej przewidzianej w projekcie umowy.
7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, określonymi w  zaproszeniu i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
8. Oświadczamy, że wykonanie zamówienia powierzymy /nie powierzymy**\*** podwykonawcom

 w części dotyczącej ....................................

1. Miejsce instalacji do unieszkodliwiania odpadów medycznych...............................................

.(podać adres miejsca utylizacji odpadów)

.........................dnia ................. 2019 roku ................................................................

 Podpis Wykonawcy