

**ZAŁĄCZNIK NR 1**  
**Numer sprawy SPZOZ.U.558/2016**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY / OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa i dokładny adres Wykonawcy .....

.....

.

.....

.

Adres do korespondencji:

.....

.....

.

**NIP**....., **REGON**.....

Nr KRS \*/ Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej z podaniem organu dokonującego

wpis .....

Tel:....., fax:....., e-mail:.....

Imię i nazwisko, nr telefonu oraz nr fax osoby upoważnionej do kontaktów z Zamawiającym: .....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania firmy, która zostanie wpisana do umowy z Wykonawcą wybranym do realizacji zamówienia: .....

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu publicznym prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na podstawie art. 4 ust 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.- Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz.2164) pn. „*usługi odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych*”, po zapoznaniu się ze dokumentacją, składam/ składamy swoją ofertę, oferujemy realizację zamówienia zgodnie z poniższą ceną oraz parametrami:

**Odbiór i unieszkodliwienie odpadów medycznych niebezpiecznych i innych odpadów niż niebezpieczne pochodzących z działalności służb medycznych oraz związanych z nimi badaniami placówek.**

Rodzaj odpadu / Kod odpadu	Ilość*/ kg	Cena jednostkowa netto za kg	Stawka VAT (%)	Wartość netto	Wartość brutto
1	2	3	4	5	6
1) Odpady medyczne – 180103, 180108,	20.400				

180102. 2) chemia – 180106 3) 180109 – leki 4) filtry 150202					
---	--	--	--	--	--

**\* prognozowana ilość na 12 miesięcy**

..... dnia.....

.....  
Podpis(y) osoby, osób wskazanych w dokumencie  
uprawnającym do występowania w obrocie prawnym lub  
posiadających pełnomocnictwo.