

ZAŁĄCZNIK NR 1
Numer sprawy SPZOZ.U.617/2018

FRMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY / OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Nazwa i dokładny adres Wykonawcy

.....

.

Adres do korespondencji:
.....

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

Nr KRS.....

numer rejestrowy w bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami (BDO),

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, 180102. 2) chemia – 180106 3) 180109 – leki 4) filtry 150202	29.000				

..... dnia.....

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