**Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego**

DAO.262.ZO.1/2019

**WYKONAWCA:**

Nazwa podmiotu: .........................................................................................................................

Adres: ...........................................................................................................................................

REGON: .........................................................

NIP: .................................................................

Telefon ............................................................

Adres e-mail:....................................................



**Formularz OFERTOWO- CENOWY**

**Usługa odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych   
z siedziby SPZOZ w Łapach, DAO.262.ZO.1/2019**

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną wartość brutto:

………………………………………………………………………….PLN

(słownie: .............................................................................................................)

**Cena netto za 1 kg odpadu ………………………………………………….PLN**

**Cena brutto za 1 kg odpadu........................................................................... PLN**

1. Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki realizacji Zamówienia.
2. Oświadczam, że akceptuję projekt umowy i w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
4. Oświadczam, że posiadam wymagane przepisami prawa niezbędne uprawnienia do realizacji przedmiotu usługi, wiedzę, doświadczenie oraz dysponować potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania usługi. Ponadto Wykonawca powinien znajdować się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotu zamówienia.
5. Akceptuję warunki płatności zawarte w projekcie umowy.
6. Oświadczamy, iż wyrażamy zgodę na stałość cen przez cały okres trwania umowy.
7. Odbiór, transport i utylizację odpadów objętych zamówieniem wykonujemy na swój koszt i ryzyko.
8. Odbiór, transport i utylizację odpadów wykonywać będziemy zgodnie   
   z harmonogramem odbiorów odpadów, tj. co tydzień PON, ŚR, PT   
   w godz. 8.00-14.00 z siedziby Zamawiającego.
9. Oferta została złożona na ....... stronach podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr 1 do nr ..... .
10. Osoba/osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

Imię I Nazwisko………………………………………………………………………………

tel. kontaktowy……………………………………………………………………………….

faks: ………………………………………….……………………………………………….

e-mail:…………………………………………………………………………………………

***Jednocześnie stwierdzam, iż jestem świadom odpowiedzialności karnej związanej***

***ze składaniem nieprawdziwych oświadczeń i dokumentów.***

……………………………….

(data)

..............................….................................

podpis/y/ osoby/osób upoważnionej/ych

do występowania w imieniu wykonawcy

oraz pieczątka/ki imienna/e