**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SIWZ**

**WYKONAWCA:**

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

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

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

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

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

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

1.

**Formularz OFERTOWY**

**,,Odbiór, transport i utylizacja odpadów medycznych”**

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 istotne postanowienia przyszłej umowy (zał. nr 2 do SIWZ) i w przypadku wyboru 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 dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania usługi. Oświadczam, iż sytuacja finansowa i ekonomiczna zapewnia wykonanie przedmiotu zamówienia.
5. Akceptuję warunki płatności zawarte w istotnych postanowieniach przyszłej 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. Osoba/osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

imię i nazwisko………………………………………………………………………………

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

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