

# FORMULARZ OFERTY

## Dane Wykonawcy:

1. Pełna nazwa .....

.....

2. Adres .....

3. Numer telefonu i faxu .....

4. Adres e-mail .....

**ZADANIE 1. Odbiór odpadów medycznych Błonie, ul. Lesznowska 20A w okresie 2 lat**

Lp	Opis przedmiotu zamówienia	Ilość w kg okres 2 lat	Jednostka miary	Wartość jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT %	Kwota VAT	Wartość brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Odbiór, załadunek, transport odpadów medycznych (opłata stała miesięczna; odbiór odpadów 2 razy w tygodniu; nie mniej niż 9 razy w miesiącu, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia) Kod: 18 01 03*, 18 01 09	-	szt.					
2	Usługa utylizacji odpadów medycznych Kod: 18 01 03*, 18 01 09	6 000	kg					
<b>Razem:</b>						XX		

1. Odbieranie przedmiotu zamówienia odbywać się będzie co najmniej 2 razy w tygodniu w dni ustalone z Zamawiającym, w godzinach 8:00-15:00, z siedziby Zamawiającego przy ul. Lesznowskiej 20A w Błoniu.
2. W koszty powinien być wliczony transport i załadunek. Transport musi odbywać się pojazdami przystosowanymi do transportu odpadów medycznych, niebezpiecznych i specjalnych oraz obsługiwany przez wykwalifikowany personel, zgodnie z przepisami prawa w tym zakresie.
3. Odpady medyczne o kodzie 18 01 03\* będą przekazywane przez Zamawiającego w czerwonych, szczelnych i związanych workach z folii polietylenowej.
4. Potwierdzenie odbieranej ilości w postaci Karty Przekazania Odpadów w postaci papierowej i/lub elektronicznej.
5. Cały sprzęt stanowiący własność Wykonawcy jest objęty jego ubezpieczeniem.

.....  
data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**ZADANIE 2. Sprawozdania w okresie 2 lat**

Lp	Opis przedmiotu zamówienia	Cena netto jednostkowa	Wartość Netto	Stawka VAT %	Kwota VAT	Wartość brutto
1	2	3	4	5	6	7
1	Przygotowanie sprawozdania rocznego , zbiorcze zestawienie danych o rodzajach i ilościach wytworzonych odpadów niebezpiecznych, przygotowanych dla właściwego Marszałka Województwa, w obowiązującym terminie 1 raz w roku					
	Naliczenie opłat środowiskowych ( emisja spalin do powietrza atmosferycznego, w obowiązującym terminie 1 raz w roku					
<b>Razem:</b>				XX		

.....  
data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**ZADANIE 3. Brakowanie dokumentacji w okresie 2 lat**

Lp	Opis przedmiotu zamówienia	Cena netto jednostkowa za 1 kg	Wartość Netto	Stawka VAT %	Kwota VAT	Wartość brutto
1	2	3	4	5	6	7
1	Usługa brakowania dokumentacji SP ZOZ Powiatowej Stacji Ratownictwa Medycznego Powiatu Warszawskiego Zachodniego , w oparciu o przepisy prawa ( 1 raz w roku), szacunkowa wartość dokumentacji 100 kg.					
<b>Razem:</b>				XX		

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*