Załącznik nr 1

|  |
| --- |
| pieczęć Wykonawcy |

**FORMULARZ OFERTOWY – po zmianie**

Ja/My, niżej podpisany/i ……………………………………………………………………………………………..………………………………….....

działając w imieniu i na rzecz: ..................................................................................................................................

(pełna nazwa wykonawcy)

...................................................................................................................................................................................

(adres siedziby wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGON:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **NIP:** |  |  |  | **-** |  |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |

adres e-mail: ..................................................................

W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu w trybie przetargu nieograniczonego składam/y niniejszą ofertę na wykonanie zadania, pn.:

**„Wykonanie usługi odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych”**

ioferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym SIWZ za łączną:

1. **Cenę brutto: ............................................................................................ zł.**

zgodnie z poniższymi wyliczeniami, w których przyjęto ceny jednostkowe do rozliczenia podczas realizacji umowy:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Przewidywana ilość odpadów medycznych  (w kg)  na okres 12 m-cy** | **Cena netto (w zł) usługi odbioru, transportu i unieszkodliwiania**  **1 kg odpadów** | **Wartość netto (w zł)**  (kol. 02 x kol. 03) | **VAT %** | **Wartość brutto (w zł)**  (kol. 04 x kol. 05) |
| **01** | **02** | **03** | **04** | **05** | **06** |
| Wykonanie usługi odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów o kodzie 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 06\*, 15 01 10\*, 18 01 01, 18 01 09\* | 62 394 kg |  |  |  |  |

1. Oświadczam/my, że odbiór odpadów od Zamawiającego będzie miał miejsce:
2. 3 razy w tygodniu (poniedziałki, środy, piątki w godz. 7.00-9.00)\*\*
3. 4 razy w tygodniu (poniedziałki, środy, czwartki, piątki w godz. 7.00-9.00)\*\*

\*\*niepotrzebne skreślić

1. Miejsce i metoda unieszkodliwiania odpadów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kod odpadu** | **Miejsce unieszkodliwiania**  **(należy wskazać adres)**  *adres zgodny z zezwoleniem, o którym mowa w pkt 8.1.1 i 9.1.2 SIWZ* | **Metoda unieszkodliwiania**  *wg Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia  23 grudnia 2002 r. w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych  (Dz.U.2003.8.104 z zm.)* |
| 1. | 18 01 02\* |  |  |
| 2. | 18 01 03\* |  |  |
| 3. | 18 01 06\* |  |  |
| 4. | 15 01 10\* |  |  |
| 5. | 18 01 01 |  |  |
| 6. | 18 01 09\* |  |  |

Oświadczam/my, że spełniam wymogi określone w art. 20 ust. 3 pkt 2) oraz ust. 6 ustawy z dnia 14.12.2012 r. o odpadach (Dz.U.2013.21 ze zm.), które zobowiązują przyszłego posiadacza do unieszkodliwiania odpadów medycznych o właściwościach zakaźnych na obszarze województwa dolnośląskiego lub poza województwem dolnośląskim jednakże w możliwie jak najbliższej odległości od siedziby Zamawiającego w instalacjach spełniających wymagania najlepszej dostępnej techniki lub technologii o której mowa w art. 143 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo Ochrony Środowiska (Dz.U.2013.1232 j.t. ze zm.) oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych (Dz.U.2003.8.104 z zm.) oraz z uwzględnieniem art. 95 ust. 2 i 3 ustawy o odpadach nakazujący zakaźne odpady medyczne unieszkodliwiać przez termiczne przekształcanie w spalarniach odpadów niebezpiecznych, oraz równocześnie zakazujący unieszkodliwiania odpadów medycznych we współspalarniach odpadów.

1. Oświadczam/my, że usługi dotyczące przedmiotu zamówienia będą prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. W związku z tym, podana powyżej w pkt 1 cena jest ceną netto *(zapisy niniejszego pkt należy przekreślić jeżeli nie dotyczą Wykonawcy).*
2. **OŚWIADCZENIA**
3. **Oświadczam/my**, że podana w kol. 03 cena jednostkowa jest ceną ryczałtową obejmującą koszt wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w pkt 3 SIWZ oraz załączniku nr 2 do SIWZ.
4. Termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy.**
5. Termin płatności: do **60 dni**, licząc od otrzymania faktury za dany miesiąc rozliczeniowy.
6. Zamówienie wykonamy sami/z udziałem podwykonawcy (podwykonawców) *– niepotrzebne skreślić*

......................................................................................................................................................

(jeżeli dotyczy – należy wskazać zakres prac powierzony podwykonawcy/podwykonawcom)

1. Oświadczam/my, że uważam/my się związany/i niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ.
2. Oświadczam/my, że zapoznałem/liśmy się z treścią wzoru umowy stanowiącego załącznik nr 2 do SIWZ i akceptujemy jego treść.
3. W przypadku wygrania postępowania podpiszę umowę na warunkach określonych w SIWZ w terminie wskazanym przez Zamawiającego. Treść umowy zostanie zawarta według wzorów stanowiącego załącznik nr 2 do SIWZ.
4. Oświadczam/y, że wykonam/y przedmiot umowy zgodnie z właściwymi przepisami, w tym przepisami ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach.
5. Ofertę składamy na ........... kolejno ponumerowanych stronach.

.................................., dnia ...............................................

........................................................................................

podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania

Wykonawcy lub upoważnionej do występowania w jego imieniu