

## FORMULARZ OFERTOWY

Pełna nazwa Wykonawcy:

.....  
 .....

Adres Wykonawcy:

ul. .... nr .....

kod pocztowy ..... miejscowość .....

Nr tel.: .....

REGON: ..... NIP: .....

KRS: ..... (jeśli istnieje)

e-mail: .....@.....

http://.....

Oferta do zapytania na usługę cyklicznego odbioru od ZAMAWIAJĄCEGO odpadów papierowych, w tym dokumentacji medycznej oraz dokumentów z danymi wrażliwymi Numer zapytania SP ZOZ ADM 4/2021).

1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie objętym opisem przedmiotu zamówienia za maksymalną łączną kwotą określoną zgodnie z tabelą poniżej:

Kod odpadu	Wartość netto Za pojemnik 240l (cena jedn. za szt.)	VAT (%)	Wartość brutto Za pojemnik 240l (wartość netto + VAT)
20 01 01			
<b>RAZEM:</b>			

Kwota brutto wynagrodzenia Wykonawcy obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, łącznie z podatkiem od towarów i usług VAT, ewentualnymi rabatami, opłatami, a także czynnościami przygotowania usługi.

2. Wykonawca winien uwzględnić w cenie oferty również wszystkie inne koszty jakie poniesie w związku z realizacją przedmiotu zamówienia, także niewymienione w zdaniu poprzedzającym, a które mają wpływ na cenę oferty.
3. Termin płatności faktury ustala się na: **30 dni**, licząc od dnia wykonania usługi wraz z dostarczoną prawidłowo wypełnioną fakturą do siedziby Zamawiającego. Zapłata wynagrodzenia nastąpi na wskazany na fakturze numer rachunku bankowego.

4. Oświadczamy, iż **na zaoferowany przedmiot wykonania usługi posiadamy stosowny sprzęt oraz** aktualne zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie zbierania, transportu oraz odzysku odpadów papierowych.
5. Oświadczamy, iż **realizacja przedmiotu zamówienia** będzie miała miejsce w terminie : od 01.01.2022 do 31.12.2024r.

6. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w ramach korespondencji udostępnioną na stronie: <http://zsm.com.pl/odo>.

.....  
Data, miejsce

.....  
Podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

P.O.  
Dyrektora Operacyjnego  
SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich  
Iwona Filip