***Załącznik Nr 1a do Formularza Oferty***

 *Uwaga: Niniejszy formularz stanowi integralną część Formularza Oferty (Załącznik nr 1 do ZO)*

 **FORMULARZ SPECYFIKACJI CENOWEJ**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na: **odbiór, transport i utylizacja odpadów medycznych zakaźnych, odpadów medycznych specjalistycznych z SP Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie (ZO/1/2022/ADMIN)**, przeprowadzonym w trybie zapytania ofertowego, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w oparciu o następujące ceny jednostkowe netto:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kod odpadu** | **Miejsce odzysku/ unieszkodliwiania odpadów** | **Ilość w trakcie trwania umowy** | **Jedn. miary** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto****(4x6)** | **VAT (od wartości netto)** | **Wartość brutto** |
|  **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1. | 18 01 02 |  | **10** | **kg** |  |  |  |  |
| 2. | 18 01 03 |  | **14.400** | **kg** |  |  |  |  |
| 3. | 18 01 06 |  | **50** | **kg** |  |  |  |  |
| 4. | 18 01 07 |  | **50** | **kg** |  |  |  |  |
| 5. | 18 01 08 |  | **50** | **kg** |  |  |  |  |
| 6. | 18 01 09 |  | **50** | **kg** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**DEKLARUJEMY możliwość przybycia na wezwanie Zamawiającego w ciągu 12 godz. od zgłoszenia (we wszystkie dni tygodnia), celem odebrania odpadów, w przypadku zaistnienia sytuacji awaryjnej.**

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

podpis elektroniczny kwalifikowany

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy

lub pełnomocnika