  Załącznik nr 2

Znak sprawy: **2233.3.2023**

FORMULARZ OFERTY

### na wykonanie odbiór odpadów medycznych

nazwa rodzaju zamówienia

I.Nazwa i adres Zamawiającego

Areszt Śledczy w Radomiu ul. Wolanowska 120

Tel. 048 61 31 000, fax 048 33 08 613

NIP 796 10 66 015

II. Opis przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa | Cena brutto |
| - | 1. | 2. |
| 1. | Odbiór (transport) odpadów medycznych |  |
| 2 | Cena za 1 kilogram odpadów medycznych |  |
| 3. | razem |  |

a) termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy**

b) okres gwarancji…………….(min. wymagany przez Zamawiającego okres gwarancji wynosi 36 miesięcy).

c) warunki płatności: **przelew 30 dni**

III. Nazwa i adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………e-mail……………………………………………………………………………………………………………..

NIP………………………………….tel…………………………………………………………………………….

1.Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

stawka podatku VAT ………………………………%

Cena brutto …………………………………zł

2.Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami umowy  
 i nie wnoszę do nich zastrzeżeń

3. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:

…………………………………………………….

……………………………………………………

………………………….dnia……………… ………………..…………………  
 podpis osoby uprawnionej